

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1939

N° _____

THESE 120
POUR LE
DOCTORAT EN MEDECINE
(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Raymond Michel HAAS

INTERNE DES HÔPITAUX PSYCHIATRIQUES DE LA SEINE

Né le 8 Juillet 1912, à Saint-Cloud (Seine-et-Oise)

Les Psychoses Puerpérales

(SIGNES, PRONOSTIC ET TRAITEMENT)

Président : M. LAIGNEL-LAVASTINE, Professeur

PARIS

MAURICE LAVERGNE, IMPRIMEUR

289, RUE SAINT-JACQUES, 289

1939

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1939

N° _____

THESE
POUR LE
DOCTORAT EN MEDECINE
(DIPLÔME D'ÉTAT)

PAR

Raymond Michel HAAS

INTERNE DES HÔPITAUX PSYCHIATRIQUES DE LA SEINE
Né le 8 Juillet 1912, à Saint-Cloud (Seine-et-Oise)

Les Psychoses Puerpérales
(SIGNES, PRONOSTIC ET TRAITEMENT)

Président : M. LAIGNEL-LAVASTINE, Professeur

PARIS
MAURICE LAVERGNE, IMPRIMEUR
289, RUE SAINT-JACQUES, 289

—
1939

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
Clinique médicale	LOEPER.
»	CARNOT.
»	CLERC.
»	Marcel LABBE.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	CUNEO.
»	GOSSET.
»	GREGOIRE.
»	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	CHEVASSU.
Clinique d'accouchements	LEVY-SOLAL.
»	COUVELAIRE.
»	JEANNIN.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	Maurice VILLARET.
Clinique de la Tuberculose	TROST.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Cardiologie clinique	LAURY.
Assistance médico-sociale	
Professeurs sans chaire	HAZARD.
»	HOVELACQUE.
»	MULON.
»	OLIVIER.
	SANNIE.
	VERNE.

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.		MM.	
AMELINE	Pathologie chirurgic.	LANTUEJOUL	Obstétrique.
BARIETY	Pathologie médicale.	LAROCHE (Guy)	Pathologie médicale.
BENARD (Henri)	Pathologie médicale.	LAVIER	Parasitologie.
BERNARD (Etienne) ..	Pathologie médicale.	LELONG	Pathologie médicale.
Jstin BESANÇON	Hydrologie.	LEMAIRE	Pathol. expérimentale
BOULIN	Pathologie médicale.	LEVEUF	Pathologie chirurgic.
BULLIARD	Histologie.	MII J. LEVY.....	Pharmacologie.
CATHALA	Pathologie médicale.	LEVY-VALENSI	Neurol. et Psychiatrie
CHEVALLIER	Pathologie médicale.	MENEGAUX	Pathologie chirurgic.
COSTE	Pathologie médicale.	MOLLARET	Pathologie médicale.
DOGNON	Physique.	MOREAU	Pathologie médicale.
FEY	Urologie.	MOULONGUET	Pathologie chirurgic.
FUNCK	Pathologie chirurgic.	MOUQUIN	Pathologie médicale.
GALLIARD	Parasitologie.	PETH-DUTAILLIS ..	Anat. pathologique.
GASTINEL	Bactériologie.	PIEDELIEVRE	Médecine légale.
DE GAUDART D'ALLAINES	Pathologie chirurgic.	PORTES	Obstétrique.
GAYET	Physiologie	RENARD	Ophthalmologie.
GIROUD	Histologie.	RICHT	Physiologie.
HAGUENAU	Pathologie médicale.	SENEQUE	Pathologie chirurgic.
HALPHEN	Oto-Rhino-Laryngol.	TURPIN	Pathologie médicale.
HUGUENIN	Anat. pathologique.	VIGNES	Obstétrique.
JOANNON	Hygiène.	WILMOTH	Pathol chirurgic.
LACOMME	Obstétrique.		

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.		MM.	
ALGLAVE	Pathologie chirurgic.	LARDENNOIS.....	Pathologie chirurgic.
BUSQUET	Pharmacologie.	LE LORIER.....	Obstétrique.
CHAILLEY-BERT	Physiologie.		
GUENIOT	Obstétrique.	SCHWARTZ.....	Patholog. chirurgicale
HEITZ-BOYER.....	Pathologie chirurgic.	VAUDESCAL.....	Obstétrique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ALAJOUANINE	} Clinique médicale.	BASSET	} Clinique Chirurgicale.
AUBERTIN		CADENAT	
BRULE		GATELLIER	
CHABROL		MOURE	
DONZELOT		QUENU	
DUVOIR		VELTER	
LIAN		METZGER	} Clinique obstétricale.
PASTEUR-VALLERY-		BROCQ	
RADOT		ECALLE	
SEZARY			

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

In memoriam.

A MA MÈRE

A MA GRAND'MÈRE

A MA FEMME

AUX MIENS ET A MES AMIS

A M. LE PROFESSEUR LAIGNEL-LAVASTINE
Professeur d'Histoire de la Médecine et de la Chirurgie
Médecin de la Pitié
Membre de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'Honneur

*Qui a bien voulu nous faire le grand hon-
neur d'accepter la présidence de cette
thèse.*

*Hommage de notre respectueuse reconnais-
sance.*

A M. LE DOCTEUR GUIRAUD
Médecin-Chef des Hôpitaux psychiatriques de la Seine

*Qui nous a inspiré le sujet de cette thèse
et qui nous a permis d'en recueillir les
observations dans son service.
En témoignage de notre vive reconnais-
sance et de notre profond attachement.*

A MES MAITRES DES HOPITAUX DE PARIS

A MES MAITRES
DES HOPITAUX PSYCHIATRIQUES DE LA SEINE

M. LE DOCTEUR RODIET

M. LE DOCTEUR MARTIMOR

M. LE DOCTEUR RONDEPIERRE

M. LE DOCTEUR MENUAU

M. LE DOCTEUR CHANES

INTRODUCTION

L'idée de ce travail nous a été donnée par M. le Docteur Guiraud qui nous a fourni la totalité de nos observations.

Ayant déjà publié en 1936 (1) un travail clinique et thérapeutique portant sur vingt cas de psychoses puerpérales guéries à la suite d'un traitement vitaminé, M. le Docteur Guiraud désirait faire une étude d'ensemble tant du point de vue étiologique que clinique et thérapeutique ; il nous a fait l'honneur de nous confier ce travail.

Nous avons étudié les dossiers des malades atteintes de psychoses puerpérales hospitalisées dans le service du Docteur Guiraud depuis le mois d'Août 1936, c'est-à-dire les malades ayant suivi les vingt observations déjà publiées, et c'est sur une statistique d'ensemble portant sur des malades suivies depuis 4 ans que nous poserons les conclusions.

Sur les 43 malades traitées en deux ans, 5 sont à éliminer des psychoses puerpérales car l'étude de leurs observations nous a montré qu'elles représentent des psychoses aggravées par la grossesse ; 27 ont guéri ; 4 ont évolué vers la chronicité. Enfin, il reste 7 malades en traitement.

(1) P. Guiraud et Ch. Nodet : « Les psychoses puerpérales et leur traitement. Action de la vitamine E », Paris Médical, 19 Septembre 1936.

Avant d'aborder l'étude des signes cliniques, du pronostic et du traitement des psychoses puerpérales, nous allons noter très rapidement les diverses conceptions les concernant.

Nous n'insisterons que sur la conception du Docteur Guiraud déjà dégagée de son travail de 1936, conception largement étayée par les observations que nous étudierons dans ce travail.

CHAPITRE PREMIER

ÉVOLUTION DES CONCEPTIONS CONCERNANT LES PSYCHOSES PUERPÉRALES

Nous ne reprendrons pas en détail l'étude de ce chapitre déjà traité complètement dans la thèse de Sivadon. Nous indiquerons simplement que les auteurs anciens et quelques contemporains considéraient les psychoses puerpérales comme assez fréquentes : 10 % des internées. Actuellement la proportion est moindre : 64 malades en 4 ans dans le service du Docteur Guiraud sur un mouvement total de 1.000 entrées. Mais nous devons faire des restrictions étant donné qu'un certain nombre de malades guérissent en service libre.

Nous passerons sur les anciennes étiologies de Gallien et d'Hippocrate faisant intervenir le dépôt de lait ou des lochies sur le cerveau, pour citer Canton et les réflexes utérins, et Magnan avec lequel la théorie de la dégénérescence domine toute la question.

Nous allons maintenant examiner rapidement les conceptions des auteurs modernes. Au cours de cet exposé, nous allons tenter d'isoler la psychose puerpérale vraie :

1° en éliminant ce qui lui avait été rattaché à tort :

2° en faisant l'unité clinique de la psychose

puerpérale ainsi isolée, sans tenir compte de sa pluralité symptomatologique.

En effet, nous allons exposer une conception tendant à nier la spécificité de la psychose puerpérale. Pour ces auteurs, il ne s'agit que de psychoses symptomatiques qui doivent être rangées dans les divers cadres nosologiques : telle est l'opinion de M. Toulouse, telle est l'opinion de M. Lévy-Valensi qui, complétant la phrase de Gilbert-Ballet (1), écrit : « Il n'y a pas de psychose puerpérale » ; il considère que les troubles mentaux de la puerpéralité se réduisent à la confusion mentale, à la manie, à la mélancolie, etc., « tout syndrome pouvant apparaître en dehors de la puerpéralité sous une influence quelconque et même sans influence si les tendances sont suffisamment fortes ».

Duval, dans sa thèse, classe également les psychoses puerpérales suivant leurs symptômes ; de même Roemer ; mais il envisage la question du point de vue de l'eugénique.

Ici, il nous faut citer M. Guiraud qui, dans son article de 1936, écrit : « Cette opinion vient de ce que l'on a l'habitude en psychiatrie de faire des diagnostics de syndrome. On se demande si le malade est un mélancolique, un maniaque, ou un catatonique. La confusion, la mélancolie, la manie, etc. sont bien des syndromes en ce sens qu'elles sont constituées par un ensemble de symptômes, mais ce ne sont pas des entités morbides, en ce sens qu'une cause morbide *unique* peut dans certains cas réaliser un tableau clinique constitué par le

(1) Gilbert-Ballet : Leçon inédite de 1911 (citée par Lévy-Valensi), et Thèse de Sophie Gunzbourg, 1912 : « Il n'y a pas une psychose puerpérale, il y a des psychoses puerpérales ».

groupement de plusieurs de ces syndromes ; un malade peut être à la fois confus et maniaque, confus et mélancolique, mélancolique et catatonique, etc., etc., sans qu'il s'agisse bien entendu de psychoses associées. C'est typiquement le cas pour les psychoses puerpérales. »

Porot divise les psychoses puerpérales en :

1° Accidents de nature constitutionnelle réveillés ou déclenchés par la puerpéralité.

2° Les psychoses puerpérales vraies, portant la marque d'un état confusionnel et d'une origine infectieuse ; il classe celles-ci en :

a) formes précoces ne semblant être qu'infectieuses ;

b) formes tardives (infection utérine latente de Picqué) ;

c) formes délirantes chroniques et dementielles ;

d) syndrome de Korsakoff.

Cette conception a le grand mérite d'isoler les psychoses puerpérales constitutionnelles réveillées ou déclenchées par la puerpéralité, mais nous semble insister trop fortement sur l'étiologie infectieuse ; d'ailleurs, Porot cite aussi dans son travail l'auto-toxicité.

*
* *

Envisageons maintenant le problème étiologique. Sidavon le situe ainsi dans sa thèse :

« Actuellement, on a coutume d'envisager dans l'étiologie des psychoses puerpérales un terrain prédisposé et des causes déterminantes. L'ori-

gine de la prédisposition nous est rarement connue et nous sommes obligés de nous contenter pour la désigner du concept imprécis de la dégénérescence. »

« Les causes déterminantes ne sont pas mieux élucidées, la plupart des auteurs retiennent surtout actuellement : *l'infection et l'auto-intoxication.* »

Pour l'infection, elle est bien la source d'un certain nombre de psychoses puerpérales, mais les signes cliniques de cette forme ne nous permettent pas de l'isoler du large groupe des psychoses infectieuses ; en effet, les troubles mentaux consécutifs aux infections de l'accouchement et de l'avortement sont cliniquement des confusions oniriques banales, évoluant rapidement, soit vers la guérison, soit vers la mort :

Ce sont des psychoses infectieuses streptococciques ou colibacillaires, mais certainement pas des psychoses puerpérales vraies.

Malgré tout, comme ces psychoses infectieuses sont déclenchées par la puerpéralité, nous leur conserverons une place dans la nomenclature des psychoses puerpérales sous le nom de :

Psychoses puerpérales infectieuses.

Nous n'insisterons d'ailleurs que peu sur cette forme clinique, car elle ne diffère pas des psychoses infectieuses en général.

Quant à l'auto-intoxication dans l'étiologie des psychoses puerpérales, elle a été mise en évidence pour la première fois par Dupouy. Il peut s'agir d'auto-intoxication d'origine viscérale diverse : hépatique, rénale, gastro-intestinale.

Mais ce sont surtout les troubles endocriniens qui retiendront notre attention, ce sont eux qui semblent jouer le rôle le plus important et Guiraud insiste « sur la sorte de puberté aiguë (selon l'expression d'Anton) que subit l'organisme féminin « depuis la fécondation jusqu'au sevrage avec modifications endocriniennes importantes spécialement du côté de l'hypophyse, avec influence sur le métabolisme et l'équilibre neuro-végétatif et avec utilisation massive de vitamine E. La grossesse et la lactation terminées, il doit y avoir « retour à la normale.

« Les psychoses puerpérales authentiques sont « pour nous celles qui résultent directement d'une « forme pathologique des transformations que subit « l'organisme féminin depuis la fécondation jusqu'au sevrage. »

C'est ce groupe que nous appelons les *psychoses puerpérales vraies ou vitamino-hormonales*, nous basant pour cette appellation, tant sur la clinique et le laboratoire que sur la grande activité thérapeutique de la vitamine E et de l'hormone gonadotrope.

Nous pouvons d'ailleurs comparer ce trouble endocrinien à celui des psychoses de la puberté, sur lequel M. le Professeur Laignel-Lavastine écrivait en 1908 : « La coïncidence de la confusion mentale « avec la puberté plus ou moins troublée, marquée « de symptômes d'insuffisance ovarienne, la disparition de la psychose à caractère toxique après « opothérapie ovarienne permettent de soutenir « qu'à la puberté la sécrétion interne du corps « jaune retentit sur l'état mental. » A cela Simonet ajoute dans son ouvrage sur l'hormone folliculaire : « il est évident qu'à la lumière de nos connaissan-

« ces actuelles, il faudrait faire intervenir non seulement un trouble de la sécrétion lutéinique, mais aussi une exagération de la sécrétion folliculaire, anarchique, sans ovulation ni lutéinisation ».

Dans le cas des psychoses puerpérales, quel est le trouble endocrinien en cause ? On ne peut guère préciser actuellement. Il semble qu'il s'agisse d'un trouble ovarien ou hypophysaire, mais dans quel sens ? On ne peut en préjuger.

On sait (2) que, pendant la grossesse, la folliculinurie s'élève très notablement. Le taux de la folliculine sanguine s'élève parallèlement à celui de la folliculine urinaire. Cette élévation est progressive : 3°-4° mois : 50 unités-rat ; 5°-6° mois : 100 U.-R. ; 6°-7° mois : 200 U.-R. ; 7°-8° mois : 200 U.-R. ; 9° mois : 250 U.-R. Pendant le travail : 1.000 U.-R. ; 7 heures après : moins de 1.000 ; 21 heures après : 40 U.-R. (Smith. M.G.).

L'origine probable de cette folliculine est le placenta.

La folliculine peut jouer un rôle dans l'inhibition de l'ovulation, soit par action directe sur l'ovaire, soit par action sur l'hypophyse (Simonet). Cette influence inhibitrice peut être levée en administrant de l'hormone gonadotrope : on obtient chez la lapine en gestation l'ovulation et la fécondation artificielles, et la superfétation (Wistorki et Snyder). Enfin, la folliculine exerce une action inhibitrice sur la lactation, soit par action directe sur l'épithélium, soit par action hypophysaire indirecte.

Or, on notera dans les observations que nous

(2) Cf. H. Simonet : « L'hormone folliculaire en physiologie normale et pathologique », Masson 1937.

allons exposer par la suite, la durée extrême du retour de couches, la fréquence de l'hypo-galactie, tous ces signes nous inclineront à penser, après Sivadon, à un facteur dysfolliculinique dans l'étiologie des psychoses puerpérales. Tous ces facteurs ont fait essayer récemment avec succès l'hormone gonadotrope, ainsi que nous le verrons dans le chapitre de Thérapeutique.

Nous avons pensé à l'hyperfolliculinémie, nous citons plus loin une observation empruntée à la thèse de Stora : « Hormone folliculaire et Psychoses », mais nous n'avons pas retrouvé ce facteur dans les dosages de folliculine sanguine effectués par le Docteur Simonet sur trois malades.

Il nous faut maintenant souligner un autre point très bien mis en relief par Sivadon et que nous avons retrouvé, c'est la grande mortalité ou fragilité des enfants nés d'une mère présentant par la suite une psychose puerpérale et le nombre élevé des accouchements avant terme. Or, on sait que la carence en vitamine E reproduit ces symptômes. La vitamine E a été employée avec succès par M. Guiraud depuis 1936 et les 20 cas déjà publiés par lui ont guéri à la suite de cette thérapeutique. Nous n'insisterons donc pas sur le rôle de la vitamine E qui a déjà été très largement mis en valeur par le Docteur Guiraud. Nous noterons ici un fait intéressant, c'est que, pour Verzar, les vitamines E agiraient comme une préhormone anté-hypophysaire et auraient une action gonadotrope chez la rate impubère.

Nous reviendrons d'ailleurs sur tous ces détails dans le chapitre concernant la thérapeutique.

Nous venons d'examiner les psychoses puerpérales infectieuses et les psychoses puerpérales vitamino-hormonales, nous devons maintenant dire un mot d'un certain nombre de malades relevant du groupe décrit par Porot sous le nom d'accidents de nature constitutionnelle réveillés ou déclenchés par la puerpéralité. Nous les éliminerons des psychoses puerpérales et nous exposerons leurs observations et détaillerons leurs signes particuliers dans un des chapitres suivants.

*
* *

En résumé, les psychoses puerpérales comprennent pour nous :

- 1° Les psychoses puerpérales infectieuses ;
- 2° Les psychoses puerpérales vraies ou vitamino-hormonales.

Enfin, nous étudierons pour les éliminer les diverses psychoses influencées par la puerpéralité mais non créées par elle.

Nous allons étudier successivement la clinique, le pronostic et enfin le traitement de ces psychoses puerpérales.

CHAPITRE II

SIGNES CLINIQUES DES PSYCHOSES PUERPÉRALES

Nous étudierons successivement :

- 1° Les psychoses puerpérales infectieuses ;
- 2° Les psychoses puerpérales vraies ou vitamino-hormonales ;
- 3° Les accidents de nature constitutionnelle aggravés par la puerpéralité.

A. — *Les psychoses puerpérales infectieuses*

Comme nous l'avons déjà signalé, nous n'insisterons pas sur cette catégorie, car elle ne diffère pas des psychoses infectieuses en général.

Ces psychoses infectieuses sont en très petit nombre dans un service asilaire, parce que, d'une part, elles ont diminué de fréquence avec les progrès de l'aseptie, et que, d'autre part, étant d'une évolution extrêmement rapide (soit vers la guérison, soit vers la mort), un grand nombre restent traitées en service libre.

Ces psychoses infectieuses peuvent se diviser en streptococciques et colibacillaires.

Voici deux observations de psychose puerpérale infectieuse dans lesquelles le rôle du colibacille peut être éliminé.

Nous n'insisterons pas sur la clinique, mais seulement sur la rapidité de l'évolution de ces formes :

OBSERVATION I

Mme P... Blanche, 37 ans.

Fausse couche de deux mois le 7 Décembre 1937 suivie d'infection puerpérale (40°2).

Présente à son entrée un état mélancolique avec idée d'incurabilité, idées et tentative de suicide (a tenté de se jeter par la fenêtre).

Eléments confusionnels.

Chute de la température le 22 Décembre.

Améliorée dès « la quinzaine », sort guérie le 11 Février 1938.

OBSERVATION II

Mme R... Estelle, 31 ans, grand'mère maternelle internée (?). Trois enfants bien portants. Accouchement normal le 3 Septembre 1937. Début des troubles mentaux le 9 Octobre 1937.

Entre à Sainte-Anne le 16 Octobre pour confusion mentale, désorientation, dysmnésie, anxiété, agitation, bronchite (température 39°3).

Très améliorée dès « la quinzaine », sort guérie le 16 Novembre 1937.

Quant aux psychoses puerpérales infectieuses d'origine colibacillaire, elles nous semblent moins fréquentes que ne le signale le Docteur Baruk, qui écrit : « La confusion mentale constitue notamment, à notre avis, une part importante des psy-

choses puerpérales », et il cite deux observations, l'une à grand fracas, l'autre de forme torpide.

Un élément intéressant a été mis en évidence par cet auteur, c'est celui de « la toxi-infection latente, dont les troubles psychiques constitueraient parfois le premier test d'alarme ».

Ceci nous montre qu'il est capital de rechercher avec soin le colibacille dans toute psychose puerpérale infectieuse.

Malgré tout, il ne faut pas en exagérer l'importance, et sur nos 64 malades, nous n'avons pu mettre en évidence qu'un seul cas de psychose puerpérale colibacillaire que nous allons exposer maintenant :

OBSERVATION III

Mme V... Marcelle, aucun antécédent.

Accouchée normalement le 11 Novembre 1938, entre à Sainte-Anne le 23 Novembre pour un syndrome oniroïde avec préoccupations hypocondriaques et craintes imaginaires :

« On lui dit qu'elle a la gale... c'est une idée à elle... elle a des vers qui lui sortent par la peau... on a envoyé des malades par la fenêtre... »

À l'examen, nous notons la présence de nombreux colibacilles dans les urines ainsi que de nombreux polynucléaires. On apprend d'autre part que la malade a présenté un épisode fébrile à Saint-Louis avant son internement. Taux normal de folliculine dans le sang : 30 U.R.

Elle est traitée, outre 250 cc. de sérum, par l'uroformine et le bleu de méthylène.

Améliorée dès « la quinzaine », elle se trouve toujours en traitement dans le service du Docteur Guiraud (15 Janvier 1939).

Nous avons l'impression que les malades présentant des psychoses puerpérales infectieuses colibacillaires torpides sont plus des mélancoliques, des anxieuses, parfois même des persécutées, que des confuses : c'est ce qui peut les différencier des psychoses puerpérales vraies que nous allons examiner maintenant.



B. — *Les psychoses puerpérales vraies
ou vitamino-hormonales*

Ayant ainsi décrit les psychoses puerpérales infectieuses, qui ne forment d'ailleurs qu'un faible pourcentage de la totalité des psychoses puerpérales, nous nous trouvons devant le grand groupe des psychoses puerpérales vitamino-hormonales sur lesquelles nous avons déjà exposé nos conceptions dans le chapitre précédent.

Nous étudierons les signes cliniques des psychoses puerpérales en même temps que nous exposerons les observations recueillies dans le service du Docteur Guiraud. Nous noterons dans chaque observation la thérapeutique reçue par les malades, thérapeutique que nous regrouperons ensuite dans un chapitre spécial.

Nous avons déjà insisté sur le groupement des divers syndromes dans la psychose puerpérale, groupement sur lequel nous ne reviendrons pas.

Au point de vue clinique, l'essentiel est la confusion mentale ; sur 28 observations de psychoses puerpérales vraies, toutes les malades ont été confuses. Ce syndrome prédomine au début de l'évolu-

tion et cette confusion est presque toujours onirique. Nous notons : de l'amnésie, de la désorientation, un état de torpeur avec absence d'identification du monde extérieur ; d'ailleurs, au moment de la guérison, on pourra constater une amnésie lacunaire qui signera la réalité de la confusion.

Nous avons dit que cette confusion était la plupart du temps onirique ; typique au début, cet onirisme avec hallucinations visuelles et auditives est extrêmement intense.

Le début des psychoses puerpérales est brusque, sans période d'inquiétude préalable.

*1) Psychoses puerpérales vraies
ayant évolué vers la guérison*

Ne pouvant dans ce travail détailler les 44 observations originales qui y sont exposées, nous allons au préalable reprendre 5 observations typiques décrites par Guiraud et Nodet dans leur travail de 1936 :

« Le syndrome le plus fréquemment associé à la confusion onirique est la mélancolie. On sait que généralement l'onirisme est triste, funèbre, terrifiant ; mais dans les psychoses puerpérales des caractères nettement mélancoliques apparaissent souvent (8 fois sur 17). Ce sont des idées d'auto-accusation, d'indignité, de refus d'aliments par désir de la mort, des tentatives de suicide impulsives dont on doit se méfier, une anxiété extrême avec agitation. La confusion onirique est le symptôme initial ; dès qu'elle s'atténue, la mélancolie s'installe et coexiste avec elle. »

« — J'ai commis tous les péchés, dit une malade, j'ai vu tout le mal ; qu'on m'arrache les yeux, qu'on me brûle la langue, qu'on me coupe la tête.

« Suit une énumération de tout ce qu'elle se reproche : spécialement quelques amusements sexuels avec ses compagnes à l'école, les niches faites à la maîtresse, etc. Cette malade, refusant de manger par indignité, a dû être nourrie à la sonde pendant quelques jours. Les hallucinations auditives expriment cette tendance à l'auto-accusation par des rappels exagérés de fautes anciennes, des menaces de supplice sur la terre ou en enfer.

« L'association de la manie à la confusion est plus rare (1 observation sur 17). Voici le certificat d'entrée de cette malade :

« Est atteinte de psychose puerpérale à forme maniaque et confusionnelle. Défaut de suite dans les idées et les associations, associations verbales, excitation de l'attention spontanée. Loquacité avec improductivité, défilé des mêmes idées. Euphorie, fantaisies imaginatives. Dysmnésie, désorientation dans le temps. Grimaces, agitation motrice. Insomnie.

« — Quel jour sommes-nous ?

« (Vivement) : — Donnez-moi un journal, je vous le dirai. Ici, je dois faire le Jacques, je dois amuser la galerie (se déshabiller, gestes théâtraux). C'est ma tata qui m'a amenée deux fois, c'est un phénomène (remet sa robe à l'envers), quelqu'un m'a scié le bras. Vous êtes M. Hitler, je vous ai vu en Allemagne. J'étais à Casablanca, Meknès, La Kasbah. Nous sommes aujourd'hui le... Je n'ai pas besoin de citron... Pour éteindre les chandelles... » La malade se livre volontiers à des taquineries et à des facéties. Elle tire l'interne par la blouse, saute brusquement à terre et s'allonge sous le lit en riant.

« Entrée en Septembre 1934, elle reste dans le même état de manie avec confusion jusque vers la fin de Février 1935, puis elle s'améliore rapidement. A ce moment on peut constater une importante lacune mnésique ; elle a oublié la plus

grande partie de ce qu'elle a fait pendant son séjour à l'asile, mais elle nous signale en plus d'assez nombreuses hallucinations auditives cénesthésiques (brûlures dans tout le corps) et des illusions de fausse reconnaissance. La malade est sortie guérie le 30 Mars 1935. Elle a été revue trois mois après en très bon état et physiquement transformée.

« Cette observation nous dispense de plus longs développements sur les associations confuso-maniaques. Nous avons en ce moment dans le service une autre malade identique.

« Le syndrome hétéphréno-catatonique est fréquemment associé à la confusion onirique (4 sur 17). Ce sont des formes pour lesquelles on a tendance à faire un pronostic trop pessimiste. Ici encore le début est confusionnel, avec parfois d'emblée des symptômes catatoniques, puis les éléments psychologiques de l'hétéphrénie apparaissent. L'évolution est parfois prolongée. Voici deux certificats qui serviront d'exemple :

« I. Psychose puerpérale neuf jours après l'accouchement. Mutisme, faciès inexpressif et figé. Hypertonie généralisée, conservation des attitudes, docilité motrice au commandement. Inhibition psychique, désorientation, fièvre 38°. Pâleur, amaigrissement. En quelques jours, la fièvre tombe, l'état général s'améliore, la confusion tend à s'atténuer, l'état catatonique persiste. Même quand elle se lève, la malade reste figée avec faciès inexpressif caractéristique et attitudes cataleptiques. A sa sortie même (quatre mois après le placement), elle reste légèrement figée et bradypsychique.

« II. Confusion mentale puerpérale quinze jours après l'accouchement. Désorientation, improductivité, demi-stupeur. Echolalie, échopraxie, négativisme. Mauvais état général, maigreux (39 kg.).

« L'examen met en évidence un négativisme net ou plu-

tôt ce qu'on appelle d'ordinaire négativisme et qui constitue en réalité le symptôme décrit par Kleist sous le nom de *Ge-genhalten*, c'est-à-dire résistance par un mécanisme de contraction musculaire localisée. La malade a la bouche constamment fermée, elle ne l'ouvre pas au commandement ; les efforts sur le maxillaire inférieur même imprévus, la malade ayant les yeux fermés, ne réalisent pas l'ouverture de la bouche. Inversement, les membres obéissent passivement aux mouvements provoqués. Quand la stupeur est moins accentuée et quand la malade parle, l'écholalie est frappante :

« — Comment-vous appelez-vous ?

« — Appelez-vous.

« — Où êtes-vous ici ?

« — Vous ici, etc.

« La patiente du lit voisin parle beaucoup et lentement, notre malade répète docilement pendant des minutes tout ce qu'elle dit. L'échopraxie est très curieuse ; si l'interlocuteur fait un geste quelconque, pose la main sur sa tête, etc., la malade l'imité docilement et silencieusement. Nous avons constaté le symptôme assez rare d'échographie. Un assistant reçoit au cours de l'examen une quittance à payer et dit à mi-voix : « Ils veulent encore de l'argent, ces bandits » ; la malade qui était en train d'écrire : « J'ai déjà... si personne... n'avait rien... », ajoute : « argent, bandit, bandit ».

« Dans d'autres observations, nous avons constaté des rires explosifs, des grimaces persistantes, des troubles vaso-moteurs.

« Le syndrome psychique de l'hébéphrénocatatonie est surtout apparent dans les formes prolongées. Les malades relativement éveillées reconnaissent l'entourage mais restent couchées, inactives, indifférentes, parfois hostiles surtout à leur famille. Il n'est pas rare qu'elles répudient le nom de leur mari pour reprendre leur nom de jeune fille, ce qui exprime évidemment le regret d'être mariées.

« — Je ne suis pas Mme L... Je suis Mlle M... Mon enfant ! je ne veux pas le voir, je m'en fiche, je n'ai plus de fils, il est parti... », puis survient un verbiage incohérent terminé par un éclat de rire. Elle reprend : « Je n'ai pas de mari, il a disparu, je suis bien partout, je suis dans ce bureau parce qu'on m'y a amenée. Mon enfant a disparu. Je suis Mlle M..., laissez courir L... » (le nom de son mari). Cet état d'indifférence et d'inertie contrastant avec une orientation suffisante se prolonge pendant des mois, la malade mange de bon appétit tout ce qu'on lui donne, prend de l'embonpoint, reste pendant des mois le visage inexpressif, refusant de dire un mot. Puis, au moment où on se demande si elle n'est pas chronique, consent à travailler, explique son état, nous signale des hallucinations auditives intenses et très tenaces et enfin guérit. Elle sort après un an et sept mois de traitement, aimable, active, souriante mais légèrement brady-psychique.

« La description clinique précédente nécessite encore une addition. Les tableaux cliniques ne sont pas seulement constitués par l'association de deux syndromes, ils peuvent associer, et ils le font souvent, tous les syndromes. La forme la plus habituelle est l'intrication sinon simultanée, du moins successive de confusion-onirisme-état mélancolique-état hébéphréno-catatonique. On voit la complexité du tableau. Cette constatation n'est sans doute pas spéciale aux psychoses puerpérales. On pourrait la faire également pendant la grande épidémie d'encéphalite léthargique. Mais il faut reconnaître que d'ordinaire le syndrome confusion-onirisme des maladies infectieuses est plus pur. On en peut conclure que l'atteinte cérébrale s'étend dans la psychose puerpérale, comme dans l'encéphalite épidémique, à des régions qui interviennent dans la production d'états psychiques, tels que la gaieté, la

tristesse, l'affectivité et certaines formes de régulation motrice, régions plus épargnées dans les maladies toxi-infectieuses ordinaires. »



Ayant ainsi examiné, en citant le travail de MM. Guiraud et Nodet, les caractères cliniques des psychoses puerpérales vraies, nous pouvons maintenant aborder l'exposé succinct de nos observations.

Nous exposerons d'abord les psychoses puerpérales ayant évolué vers la guérison et parmi celles-ci nous verrons successivement :

Les psychoses puerpérales vraies : à type confuso-mélancolique, puis celles à type confuso-maniaque, pour terminer par celles à type confuso-hébéphrénocatatonique.

Nous allons exposer pour commencer les 13 observations à type mélancolique dans lesquelles la confusion ne manque pas :

OBSERVATION IV

Mme T... Marie, 21 ans. Aucun antécédent.

Primipare accouchée normalement le 7 Janvier 1938. Enfant bien portant.

Début des troubles 15 jours après l'accouchement par de l'insomnie et des hallucinations ; anxiété, inquiétude au sujet de sa petite fille qu'elle croit aveugle.

Entre à Saint-Anne le 27 Juillet 1938 pour un état confusionnel avec onirisme et excitation psychomotrice. Léger état fébrile (37°8). Gâtisme. Onirisme probable : « On veut la tuer, on va lui couper la tête. Il faut qu'elle tue quelqu'un. »

En dehors d'un abcès de fixation, elle est traitée par six injections de soluseptazine et vingt ampoules d'hémostyl (pertes sanguines abondantes à son entrée). Amélioration lente dès Janvier. Etat physique satisfaisant (augmentation de 4 kilogs). Sort le 1^{er} Mai 1938.

OBSERVATION V

Mme M... Lucienne, 34 ans. Pas d'antécédents héréditaires connus.

Antécédents personnels : tuberculose pulmonaire ancienne.

Accouchement normal le 16 Novembre 1936.

Accouchements antérieurs normaux : 5 enfants bien portants.

Entre à Sainte-Anne le 30 Décembre 1936 pour un état confusionnel dépressif. Hallucinations auditives. On dit qu'elle est folle. S'est enfuie la nuit de chez elle parce qu'elle voyait remuer le bouton de la porte et entendait quelqu'un crier.

Traitée par trois séries de 12 injections de vitamines E. Amélioration dès la première série d'injections au mois de Février.

Sort guérie le 18 Juin 1937.

OBSERVATION VI

Mme F... Nicole, 19 ans. Antécédents héréditaires : mère parkinsonienne. Aucun antécédent personnel.

Accouchement normal le 16 Octobre 1936.

Début des troubles mentaux, cinq jours après son accouchement, par de l'excitation psycho-motrice, cris, coups à l'entourage, se promène nue.

Entre à Sainte-Anne le 27 Octobre 1936 pour : « Psychose puerpérale, demi-stupeur, tristesse, pâleur, fatigue gé-

nérale. Sympathicotonie. Confusion : prend l'interne pour le fils d'un de ses amis, puis pour son frère » (Docteur Guiraud).

Traitée par une série de 12 injections de vitamines E suivie d'amélioration de l'état mental et de l'état général.

Améliorée dès Décembre (réapparition des règles), sort le 23 Janvier 1937. Ecrit le 20 Janvier 1939 qu'elle se porte toujours très bien.

OBSERVATION VII

Mme F... Marie, 28 ans. Aucun antécédent.

Primipare, accouchée normalement le 29 Mars 1936.

Quelques jours après son accouchement, la malade s'agite, elle est placée à l'asile le 4 Avril pour : « Psychose puerpérale avec confusion mentale. A l'examen organique, l'on note une légère température (38°) que n'explique ni son état local, ni l'examen général négatifs » (Docteur de Genes).

A son entrée à Sante-Anne le 5 Avril 1938, la malade est extrêmement confuse et l'on note de l'onirisme triste : « tout le monde est en deuil..., c'est une famille de médecins ».

Rapidement la température redevient normale. La malade présente alors un aspect mélancolique. Demi-stupeur. Mutisme. Les questions restent sans réponse.

L'état général est meilleur.

Traitée par 8 injections de 2 cc. d'Anté-hypophyse et 2 séries de 12 injections de Vitamine E.

En Août, son état s'améliore et l'on peut alors noter l'amnésie de la période confusionnelle : « j'ai eu un enfant à l'hôpital Tenon et depuis je ne me rappelle plus rien ».

La malade sort guérie le 29 Août 1936. Elle a été revue le 6 Octobre 1936 en excellent état et physiquement transformée.

OBSERVATION VIII

Mme B... Rolande, 23 ans. Aucun antécédent.

Accouchement, trois semaines avant terme, d'un enfant mort à 21 jours le 8 Juin 1936.

Dans la nuit du 10 Juin, la malade, confuse, pensait que son enfant (alors à la Salpêtrière) était mort, que son mari allait mourir.

Entre à Sainte-Anne le 19 Juin pour :

Etat d'excitation post-puerpéral avec désorientation et turbulence (Docteur Génil Perrin).

Rapidement l'état mental évolue. A la quinzaine l'on note : « atteinte de psychose puerpérale. Bradypsychie. Improductivité, désorientation, amnésie. Excitation au début. Améliorée depuis l'entrée » (Docteur Guiraud).

L'amélioration s'accroît et la malade sort guérie le 17 Juillet 1936.

OBSERVATION IX

Mme C... Anne, 23 ans. Aucun antécédent. Trois enfants bien portants.

Accouchement normal en Novembre 1937.

Début des troubles le 7 Décembre 1937.

Entre à Sainte-Anne le 14 Mars 1938 pour : mélancolie post-puerpérale. Tristesse. Pleurs. Anxiété. Idées de suicide collectif avouées sans tentative (Docteur Pichard). On notait en outre des idées d'incurabilité, d'incapacité, d'hypocondrie.

Améliorée dès « la quinzaine », sort le 11 Avril 1938.

OBSERVATION X

Mme A... Louise, 19 ans. Aucun antécédent.

Accouchement normal le 22 Mars 1937. Enfant bien portant.

Début des troubles mentaux immédiatement après son accouchement. La malade croyait que sa belle-mère voulait lui voler son enfant, que l'évêque voulait la faire mourir.

Entre à Saint-Anne le 1^{er} Avril 1937 pour : « confusion mentale puerpérale avec obtusion, ralentissement mental. Demi-mutisme, faiblesse générale » (Docteur Guiraud).

Retour de couches en Avril.

Amélioration rapide, puis excitation, insomnie, fuite des idées.

Traitée par une série de 12 injections de Vitamine E et un abcès de fixation, s'améliore très rapidement et sort guérie le 12 Juillet 1937.

OBSERVATION XI

Mme W... Eva, 37 ans. Accouchement le 6 Février 1937.

Entre à Sainte-Anne le 17 Mars 1937, présente un état confusionnel avec excitation psycho-motrice, désorientation ; lamentations bruyantes et stéréotypées, réactions anxieuses. Le début des troubles remonte au commencement du mois de Mars 1937, c'est-à-dire un mois après l'accouchement, mais elle était déjà, depuis le début de sa grossesse, d'un caractère triste et craignant pour l'avenir (mari).

Traitée par une série de 12 injections de Vitamine E : amélioration progressive. Transférée le 20 Mai 1937 à l'asile de Bailleul.

Là, elle est traitée par le laudanum à doses croissantes, un abcès de fixation. Elle s'améliore rapidement, demande à s'occuper et sort très améliorée le 8 Août 1937.

Dans les 5 observations qui vont suivre, toujours à type confuso-mélancolique, les malades ont été traitées par l'hormone gonadotrope. M. Guiraud emploie cette thérapeutique avec succès depuis le mois de Mai 1937. Sur ces 5 malades, dans 4 cas, les règles sont réapparues sous l'influence du traitement avec une amélioration parallèle de l'état mental :

OBSERVATION XII

Mme P... Raymonde, 26 ans. Aucun antécédent.

Primipare, accouchée le 15 Décembre 1936 (accouchement prématuré, enfant bien portant).

Début des troubles mentaux le 20 Décembre par un état dépressif avec idées de persécution et de jalousie. Cauchemars, pleurs.

Entre à Sainte-Anne le 14 Janvier 1937 pour : un état dépressif confusionnel. Délire mal systématisé avec idées d'influence. Onirisme épisodique. Réactions impulsives. A l'hôpital, on lui dit qu' « elle est bonne à tuer ». Refus d'alimentation (alimentation artificielle nécessaire pendant trois jours).

Reçoit deux séries de 12 injections de Vitamines E, durant les mois de janvier, février et mars. Amélioration sensible.

En Juillet, après une série de 12 injections d'hormone gonadotrope, les règles réapparaissent.

Encore hallucinée, elle entend la voix du Docteur F... qui lui dit : « parle ». Amnésie de la période confusionnelle du début : « elle a des trous dans la mémoire ; elle est en train de vivre les « Contes des mille et une nuits ». Entend des chansons : « C'est pour ton charme ». Court épisode hypomaniaque.

Reçoit, en Octobre et Novembre 1937, 13 injections d'insuline (30 à 40 unités par injection).

L'état mental s'améliore progressivement et permet la sortie le 21 Février 1938.

OBSERVATION XIII

Mme M... Marie, 36 ans.

Accouchement le 1^{er} Juin 1937 suivi d'une phlébite.

Début des troubles mentaux deux mois après l'accouchement.

Aucun antécédent héréditaire.

A eu huit enfants dont six vivants, bien portants.

A présenté des troubles mentaux analogues en 1924 à la naissance de son deuxième enfant.

Internée à l'asile de Morlaix de Mai à Novembre 1924.

Pneumothorax en 1928.

A Sainte-Anne, présente un état confusionnel avec oni-

risme, vagues idées d'influence : « c'est la fin du monde, elle est en enfer ».

Traitée par une série de 12 injections de Vitamine E.

Deux séries de 18 injections d'hormone gonadotrope font réapparaître les règles.

Améliorée en Novembre. Etat physique excellent (augmentation de 7 kg.). Sort guérie le 29 Décembre 1937.

Nous insisterons sur la récidive de la psychose puerpérale ; il serait très intéressant de noter l'efficacité de la thérapeutique au point de vue préventif si cette malade se trouvait de nouveau enceinte.

OBSERVATION XIV

Mme M... Yvonne, 23 ans. Aucun antécédent.

Primipare, accouchée le 27 Août 1937 (enfant bien portant).

Début des troubles cinq jours après l'accouchement : « elle croit que son mari veut la quitter et lui enlever son enfant ». Entend dire du mal d'elle. Tentative de défenses-tration et absorption de teinture d'iode.

Entre à Sainte-Anne le 21 Septembre 1937 pour : confusion, amnésie, désorientation. Etat dépressif. Craint d'être abandonnée par son mari. Cauchemars. Tentative de suicide avant son entrée (Docteur Guiraud).

Traitée par une série de 12 injections de Vitamine E.

Reçoit trois séries de 18 injections d'hormone gonadotrope durant les mois de Septembre, Octobre, Novembre, Décembre 1937 et Janvier 1938 avec réapparition des règles en Février 1938.

Très améliorée dès Janvier, sort le 27 Mai 1938.

OBSERVATION XV

Mme H..., 31 ans. Aucun antécédent.

Accouchement normal le 25 Novembre 1937.

A présenté un abcès du sein dans les suites de couche.

Internée le 24 Janvier 1938 pour un état mélancolique post-puerpéral : dépression gémissante, pleurs, anxiété, éléments confusionnels, opposition aux soins. Crainte de mourir. Dysmnésie.

Reçoit, en dehors d'un abcès de fixation, deux séries de 12 injections de Vitamine E, et 18 injections d'hormone gonadotrope du 9 au 23 Mai 1938, faisant réapparaître les règles le 23 Mai. Sort guérie le 25 Mai 1938.

OBSERVATION XVI

Mme M..., Mauricette, 22 ans.

Primipare, accouchée le 25 Mai 1937. Accouchement difficile ; douleurs durant 2 jours 1/2 ; forceps, anesthésie.

Premiers troubles mentaux le 5 Juin 1937 par des craintes imaginaires : « elle va avoir la fièvre puerpérale, elle va mourir », s'agite, veut de l'air, ouvre toutes les fenêtres de la maison. Excitée et violente par moments, elle est placée à l'asile le 27 Juin 1937.

A « la quinzaine », on note : confusion. Amnésie des faits récents. Somnolence au cours de l'examen. Refus partiel d'aliments. Etat mélancolique. Opposition (Docteur Guiraud).

Traitée par 12 injections de Vitamine E, elle reçoit en outre 18 injections d'hormone gonadotrope sans réapparition des règles.

Améliorée dès Octobre, elle sort guérie le 26 Novembre 1937.

Nous venons d'exposer les observations de 13 malades ayant présenté de la confusion onirique mélancolique et ayant guéri.

L'association de la manie à la confusion est plus rare : nous ne trouvons que 9 observations à type confuso-maniaque sur les 24 cas de guérison :

OBSERVATION XVII.

Mme P... Renée, 22 ans. Aucun antécédent.

Accouchement normal le 19 Octobre 1937.

Début des troubles le 3 Novembre 1937 par de l'excitation psycho-motrice à type confuso-maniaque.

Entre à Sainte-Anne le 12 Novembre 1937.

Logorrhée, fuite des idées, association par assonance : « c'est des cordons, cornichons, dans le cou, couloir ». Improductivité. Désorientation.

Traitée, outre un abcès de fixation, par deux séries de 6 injections de Vitamine E et par 15 injections de 15 unités d'insuline.

S'améliore progressivement. Sort le 4 Juin 1938.

OBSERVATION XVIII

Mme B... Georgette, 23 ans. Accouchement normal le 18 Mai 1936. Suites de couches normales, enfant bien portant. Aucun antécédent.

Certificat de placement : « Crise d'excitation psycho-motrice ayant débuté le 25 Mai : fuite des idées ; cris, chants, taquineries, idées de persécution variables, autoritarisme. Excitation de type maniaque, orientation normale, 19 Juin 1936 » (Docteur Largeau).

A Sainte-Anne, où elle entre le 20 Juin, on note de l'onirisme pénible : « enlevez-moi ce cauchemar... cette femme qui a fait mourir ma mère, disparaître mes grands-parents... laissez-moi secouer la tête... je vois des pigeons... ma mère m'envoie cette vision ». Il y a une couronne au-dessus de son fils... elle n'aime pas le noir depuis qu'elle a perdu sa mère à l'âge de 8 ans.

Elle reçoit deux séries de 12 injections de Vitamine E, une série de 12 injections de tot-hypophyse et XXX gouttes de Gynöestryl durant 10 jours.

L'état de la malade s'améliore rapidement. Déjà au mois

de Juillet, la malade, qui ne présente pas d'amnésie, critique ses hallucinations et signale de nombreuses hallucinations auditives : « je ne suis plus Jeanne d'Arc mais je l'ai été... parce que j'avais des voix et des visions qui me disaient l'avenir. J'ai entendu mes parents et mes amis sans les voir, j'ai vu la Sainte Vierge et Jeanne d'Arc comme au cinéma ».

L'état général s'améliore rapidement (augmentation de poids de 6 kg.). Grosse amélioration de l'état mental permettant la sortie le 19 Novembre 1936.

OBSERVATION XIX

Mlle O... Marcelle, 25 ans. Accouchement normal le 2 Avril 1937. Enfant bien portant.

Début des troubles le neuvième jour après l'accouchement par un accès de confusion maniaque. Variabilité de l'humeur. Hallucinations : entend siffler le chemin de fer et ressent des secousses la nuit, elle ne sait pas si cela est l'électricité.

Accès dépressif antérieur en 1928 (hospitalisée 3 mois à H.-Rousselle).

Entre le 14 Avril 1937 pour : Psychose puerpérale sur fond cyclo-thymique, confusion avec désorientation et amnésie. Accès dépressif en 1928 (Docteur Guiraud).

Traitée par 12 injections de Vitamine E.

Sort le 12 Juin 1937.

OBSERVATION XX

Mme Z... Octavie, 19 ans. Aucun antécédent.

Accouchement normal le 8 Janvier 1937.

Début des troubles 11 jours après l'accouchement par de l'agitation psycho-motrice. Rires. Alternatives d'excitation et de dépression. Aurait tenté d'étrangler son enfant. Confusion. Le Saint Esprit parle en elle. Elle a vécu 136 ans. Présentation euphorique, la malade est souriante, débraillée, érotique.

Traitée par deux séries de 12 injections de Vitamine E.
Légère amélioration dès la première série,
Retour de couches en Mars.
Sort guérie le 25 Juin 1937.

OBSERVATION XXI

Mme H... Raymonde, 23 ans. Aucun antécédent, mais gros stigmates physiques de dégénérescence.

Enceinte accidentellement, mariée depuis. Inquiétude pendant sa grossesse.

Début des troubles le 10 Juillet 1938, entre à Sainte-Anne le 16, présentant à ce moment un état confusionnel avec amnésie, désorientation, illusions, fausses reconnaissances, agitation, grossièretés et chants.

Traitée par une série de 12 injections de Vitamine E et par un abcès de fixation.

L'état reste stationnaire jusqu'au bout du mois d'Octobre.

A la fin du mois d'Octobre, la malade, très améliorée, **physiquement transformée**, présente une amnésie partielle de la période du début : elle avait peur, il y avait des gens, des bêtes, des voix de femmes, mais « elle ne peut pas se rappeler tout cela ».

Amnésie de la période d'agitation.

L'amélioration persiste. Sort guérie le 1^{er} Janvier 1939.

OBSERVATION XXII

Mme B... Annie. Aucun antécédent.

Accouchement difficile le 21 Juin 1938, n'a pas pu nourrir son enfant, pas de lait. Un enfant décédé (diarrhée).

Début des troubles le 10 Juillet par de l'excitation psychomotrice confusionnelle.

Entre à Sainte-Anne le 19 Juillet où elle présente un état confuso-maniaque typique : déclamation, fuite des idées : « Jean, c'est l'andouille, tu m'aimais mieux qu'elle, c'est la

larentelle » (rires). Fausses reconnaissances, chants, plaisanteries, érotisme.

Traitée par deux séries de 8 injections de Vitamine E et un abcès de fixation.

On note une légère rémission, mais au mois d'Octobre, la malade présente le même état confuso-maniaque.

Reçoit en Novembre 18 injections d'hormone gonadotrope. Réapparition des règles le 16 Novembre. En Décembre, règles du 6 au 16.

Le 14 Décembre 1938, malade très améliorée. Amnésie complète de la période confuso-maniaque. Calme. Regarde le calendrier : « Tiens, c'est le mois de Décembre, je pensais que cela ne faisait qu'un mois que j'étais là ».

Amélioration considérable de l'état mental. Bien orientée actuellement. Augmentation de 7 kg.

Sort guérie le 1^{er} Janvier 1939.

OBSERVATION XXIII

Mme ... Angéline, 22 ans. Aucun antécédent.

Accouchement le 12 Février 1937 par césarienne.

Début des troubles au mois de Mars.

Entre à Sainte-Anne le 20 Mars pour excitation maniaque post-puerpérale. Hallucinations : « elle entend la voix de son père mort récemment. Elle le voit de temps en temps habillé en chasseur ».

Traitée par deux séries de 12 injections de Vitamine E. Amélioration considérable (augmentation de 6 kg.).

L'état maniaque disparaît, la malade est déprimée, Confuse. Sort guérie le 10 Juillet 1937.

Les deux observations qui vont suivre sont extrêmement intéressantes, car elles montrent un état maniaque puerpéral guérissant rapidement par le cardiazol. On notera de plus que la première malade présentait un taux d'urée élevé. Par la suite, ces malades ont été traitées par l'hormone gonadotrope, traitement qui a fait réapparaître les règles :

OBSERVATION XXIV

Mme L..., Jeanne, 26 ans. Aucun antécédent.

Primipare, accouchée le 27 Avril d'un enfant bien portant.

Quatre jours après, agitation et idées confuses de persécution : elle prétend que la sage-femme veut l'empêcher d'allaiter son enfant et tarit son sein. Violences sur sa belle-mère (« elle doit être sacrifiée »).

Albuminurie : 1 gr. 90 avant l'accouchement.

1 gr. » le 7 Mai.

0 gr. 16 (Henri-Rousselle) le 12 Mai.

Sang : Urée : 0 gr. 58 le 7 Mai.

Température : 37°5.

A son entrée à Sainte-Anne, le 15 Mai, elle présente un état confuso-maniaque. Désorientée, elle se plaint spontanément de « trous » dans la mémoire, elle ne sait pas au juste quand a eu lieu son accouchement. Réponses très imprécises. Euphorie, fuite des idées, ironie, tendances érotiques, aisance, volubilité et discours incohérents.

Éléments oniriques : rêves plus ou moins terrifiants qu'elle ne peut décrire.

Hallucinations et illusions visuelles vespérales.

Hallucinations auditives : entend des gens, des paroles sans suite.

Disparition des idées de persécution : « tout cela, c'était des cauchemars, de l'insomnie ».

Affectivité conservée.

Bon état général, mais insomnies nécessitant des injections de 5 cc. de somnifère durant 15 jours.

Traitée par deux séries de 6 injections de Vitamine E durant les mois de Juin et Juillet et le nucléinate de soude (5 poussées thermiques).

À la fin de Juillet, la malade présente un état maniaque typique : « Qui suis-je ? je ne sais pas. Eh, Lolotte, qu'est-ce qu'elle fait l'imbécile, c'est ma tante Titine ».

Le 22 Août, l'excitation maniaque ne s'atténuant pas, l'on commence un traitement par le cardiazol :

Première injection 0 gr. 50 : crise typique, réveil rapide.
Un peu moins agitée ensuite.

Trois autres injections sont pratiquées les 24, 26 et 28
Août suivies d'une grande amélioration de l'état mental.

De plus, la malade reçoit deux séries de 18 injections
d'hormone gonadotrope durant les mois de Juillet, Août et
Septembre avec réapparition des règles le 12 Septembre.

La guérison se confirmant, la malade sort le 17 Septem-
bre 1938.

OBSERVATION XXV

Mme O... Mathilde, 18 ans. Aucun antécédent.

Primipare, accouchée normalement le 18 Juin 1938.

Enfant bien portant.

Début brusque des troubles mentaux dans la nuit du
1^{er} Juillet. Elle disait (d'après son père) que « Doriot l'at-
trappait », elle ne reconnaissait plus ses parents ; sa belle-
mère était la cause de tous ses maux. De plus, elle voyait des
femmes qui accouchaient et des petits enfants partout. Insom-
nie, agitation, violence. Température 38°.

Entre à Sainte-Anne le 4 Juillet dans un état de confu-
sion et d'agitation désordonnée avec fuite des idées et fausses
reconnaissances.

Reçoit le 9 Juillet 2 cc. d'huile térébenthinée au 1/4.

Légères pertes sanglantes. Température à 39°.

Examen gynécologique négatif (pavillon de chirurgie de
Sainte-Anne). Incision de l'abcès de fixation. Rubiazol : 6
comprimés pendant 8 jours. Disparition de l'état fébrile le
15 Juillet.

Est traitée en Août par deux séries de 6 injections de
Vitamine E, et par un nouvel abcès de fixation.

Le 5 Septembre 1938, elle présente un état d'excitation
maniaque typique et disparition partielle des éléments confu-
sionnels du début. Agitation motrice désordonnée, cris. Op-
position sans méchanceté à l'examen, menaces sans effet. Ca-
lembours, facéties, chants, fuite des idées. Syntonie.

Bon état général, pas de température.

Le 5 Septembre, on commence un traitement par le Cardiazol : 1^{re} injection de 0 gr. 40. Crise typique, réveil rapide. Pouls normal après la crise. Au réveil, courte obnubilation suivie d'une crise de pleurs spasmodique durant 3 à 4 minutes, puis reprise de l'excitation maniaque, mais la malade plus abattue semble résister à l'envie de dormir.

Le lendemain, la malade est signalée comme étant plus calme, mais elle est toujours très agitée, grossière, facétieuse, érotique.

Deuxième injection de 0 gr. 50 de Cardiazol le 7 Septembre. Crise typique, réveil rapide suivi d'agitation.

Amélioration le jour suivant.

La malade reçoit encore 4 injections de 0 gr. 50 de Cardiazol tous les deux jours, donnant des crises typiques.

L'état maniaque disparaît et la malade présente un comportement sensiblement normal.

Les règles n'étant pas réapparues, l'on pratique 18 injections d'hormone gonadotrope avec succès le 18 Octobre 1938.

La malade est encore légèrement confuse et obnubilée, elle fait un effort pour trouver l'année, la date exacte, cherche longtemps pour se souvenir du nom de l'hôpital,

Hésite sur la date de son accouchement : « c'était le 6 Août, non, le 6 Juin » (accouchée le 18 juin).

Amnésie totale de la période de début, mais explique que parfois, en fermant les yeux, elle voyait des chèvres qui se promenaient,

Amnésie complète du traitement par le Cardiazol : « elle n'a jamais eu de piqûres et jamais aucun malaise »,

Réclame sa sortie rapidement et semble un peu réticente.

L'examen à ce moment montre un fond de débilité mentale : à l'école jusqu'à 14 ans, pas de certificat d'études.

L'amélioration persistant, la sortie est autorisée le 15 Décembre 1938.

L'observation qui va suivre nous montrera un délire aigu post-puerpéral à type confuso-maniaque.

OBSERVATION XXVI

Mme L... Marguerite, 32 ans. Aucun antécédent connu. Accouchement normal le 14 Décembre 1937.

Début des troubles trois semaines après l'accouchement. Entre à Sainte-Anne le 12 Janvier 1938 pour : excitation psychique à type de manie confuse, déclamation incohérente, fuite des idées. Température : 38°5. Etat général satisfaisant.

Rapidement, la température monte à 40°2, l'état général s'aggrave. T.A. 7-10. Dosage d'urée le 19 Janvier ; 2 gr. 30. On pose le diagnostic de délire aigu.

Elle est traitée par 6 injections de 500 cc. de sérum glucosé, Rubiazol, extrait surrénal, huile camphrée ; son état s'améliore très rapidement. Le dosage d'urée donne : 1 gr. 95 le 21 Janvier ; 0 gr. 68 le 24 ; 0 gr. 45 le 27 ; 0 gr. 32 le 3 Février. La température est normale et le 26 Janvier la T.A. est de 7-14. L'état général est excellent.

Mais l'agitation psycho-motrice continue et l'on traite alors la malade durant le mois de Février par 11 injections de 15 unités d'insuline avec une légère amélioration. L'état maniaque décroît très rapidement et la malade sort guérie de son épisode délirant aigu post-puerpéral le 25 Juin 1938 (Docteur Porcher).

Enfin, nous allons exposer une observation de malade guérie ayant présenté un syndrome catatonique d'emblée.

On notera de plus l'absence des réflexes et, fait très intéressant, la grande durée de l'évolution de la maladie, le traitement n'ayant pu être institué que 17 mois après le début de la maladie :

OBSERVATION XXVII

Mme M... Yvonne, 23 ans.

Accouchement fin Mars d'un enfant mort en Juillet.

Antécédents héréditaires : père interné à Villejuif (psychose maniaque dépressive).

Entre à Sainte-Anne le 31 Août 1936. Certificat de placement : est atteinte d'un syndrome catatonique. Mutisme, gâtisme. Début à la suite d'un accouchement en 1935 (Docteur d'Heuleville).

A l'examen, on note : facies inexpressif, mutisme, répond par écrit aux questions. Passivité, docilité motrice au commandement, conservation des attitudes. Activité mnésique assez bonne, bien orientée, se rend compte de sa situation.

L'examen des réflexes par le Docteur Bourguignon donne :

1° Membres supérieurs : radiopériosté très diminué des deux côtés.

Olécrânien : normal à droite et à gauche.

2° Membres inférieurs : réflexes rotuliens extrêmement affaiblis des deux côtés, mais on perçoit une légère contraction à la palpation à gauche.

Réflexes achilléens existent des deux côtés.

Plantaires : gauche, légère extension du gros orteil donnant un réflexe croisé en flexion à droite avec léger éventail. Droit : en flexion, pas de réflexe croisé.

L.C.R. normal.

Reçoit deux séries de 12 injections de Vitamine E et 2 cc. d'huile térébenthinée.

En Novembre 1936, la malade commence à parler, fait sa toilette seule.

Très améliorée en Mars 1937, travaille à l'asile, mais elle ne sort (raison de famille) que le 29 Janvier 1938.

Réflexes dans le même état.

Nous venons de voir les 24 malades guéries ; elles comportaient 13 confusions oniriques mélancoliques, 10 confuso-maniaques, 1 confuso-catatonique.

Dans tous les cas de psychoses puerpérales pures sans association infectieuse, on peut grouper des signes communs :

— le début brusque.

— la confusion (non exclusive) prédominant au début.

— l'intensité hallucinatoire.

— l'intrication de plusieurs syndromes, par exemple confuso-onirisme-état mélancolique-état hébéphréno-catatonique.

Au moment de la guérison, on notera une amnésie lacunaire signant la réalité de la confusion. Cette confusion peut d'ailleurs dominer le tableau clinique pendant un temps extrêmement variable.

*
* *

2. — *Formes chroniques*

Voyons maintenant les malades qui ont évolué vers la chronicité. Sur 8 malades étiquetées « psychoses puerpérales », après examen attentif de leurs observations, nous ne pouvons en retenir que 4 ; l'une : confuso-maniaque depuis 20 mois, les trois autres malades ont débuté par un syndrome confuso-mélancolique puis évoluant lentement vers une psychose dite paranoïde.

En effet, l'onirisme prend peu à peu des caractères particuliers et M. Guiraud décrit ainsi l'évolution de ces formes chroniques : « les hallucinations visuelles disparaissent, le thème devient moins

incohérent et moins mobile, une vague systématisation s'organise, utilisant des états affectifs souvent infantiles associés à des préoccupations contemporaines ; l'activité imaginative et des interprétations délirantes contribuent à masquer l'origine et la nature onirique des thèmes délirants, et l'on croit avoir affaire à ces délires mal systématisés d'évolution chronique appelés actuellement psychoses paranoïdes. Cette similitude est spécialement accentuée dans certaines formes exceptionnelles où les manifestations typiques de l'onirisme manquent au début, spécialement les hallucinations visuelles et la désorientation. »

Voici les quatre observations de ces malades chroniques :

OBSERVATION XXVIII

Mme A... Jeanne, 36 ans. Antécédents inconnus.

Entre à Sainte-Anne le 12 Avril 1937 pour un état confusionnel puerpéral avec excitation psycho-motrice. Fièvre légère. Grossesse de 7 mois.

Accouchement le 14 Avril d'un enfant décédé le 21.

Se présente au point de vue mental comme une confusomaniaque.

Traitée, outre deux abcès de fixation, par deux séries de 12 injections de Vitamine E, et par 20 injections d'hormone gonadotrope (sans réapparition des règles).

Après une période d'un mois environ, où elle reste confuse, agitée, ne s'intéressant à rien, avec fausses reconnaissances, elle devient un peu plus calme, mais sa présentation est différente : rires, volubilité, taquineries, agitation désordonnée, lacération de vêtements, embonpoint progressif.

Evoluant vers la chronicité, elle est transférée le 20 Juin 1938 à Maison-Blanche, où elle se trouve dans le même état (17 Septembre 1938).

OBSERVATION XXIX

Mme B., Simone, 28 ans.

Accouchement normal le 3 Novembre 1936. Quatre accouchements antérieurs sans aucun accident. Deux enfants décédés (rougeole, broncho-pneumonie.)

Antécédents héréditaires : père décédé d'un cancer anal, mère bien portante.

Début des troubles 7 jours après l'accouchement. La malade a peur, voit des ombres qui viennent pour la tuer. Autour d'elle, quand il y a des visites « tout le monde parle d'elle ».

Entre à Sainte-Anne le 20 Novembre 1936 et présente à ce moment un syndrome mélancolique avec tristesse, dépression profonde, obnubilation psychique, réponses pauvres, difficiles, pleurs, anxiété : « elle veut mourir ». Entend dire qu'elle a volé et pense qu'on va l'accuser d'avoir tué quelqu'un.

Traitée par deux séries de 12 injections de Vitamine E associées à un abcès de fixation et à un traitement général.

Progressivement, l'état mental évolue : « état hypomaniaque et délirant, coquetterie, facéties, irritabilité. **Hallucinations auditives** : un homme lui fait des compliments, on lui adresse des insultes. Orientation et mémoire assez bonnes. Hostilité contre sa famille, essaye de frapper ses enfants durant la visite » (Docteur Guiraud).

Traitée alors par l'insuline (11 injections de 20 à 70 unités en augmentant de 5 unités par injection) sans résultat important, la malade est transférée à Perrey-Vaucluse le 24 Septembre 1937.

L'évolution vers la chronicité se confirmant, la malade est transférée à Plouguernevel le 26 Mars 1938 avec le certificat suivant :

« Psychose post-puerpérale paraissant en voie d'évolution **démentielle**. Discordance, instabilité du ton affectif. Troubles **hallucinatoires**. Hostilité familiale » (Docteur Cullère).

OBSERVATION XXX

Mme H... Rose, 28 ans, juive turque.

Antécédents personnels: débilité mentale, maladie mitrale. Avortement thérapeutique en 1933: glycosurie à 26; glycémie à 1,40, hémorragie, transfusion de 700 gr. (Docteur Vignes). Anesthésie pour curettage, à son réveil la malade aurait déliré pendant 12 heures (mari).

Deuxième grossesse: accouchement relativement simple le 1^{er} Juin 1936. Tachycardie à la délivrance. Dans les suites de couches: pyélonéphrite.

Le début des troubles mentaux remonte au 22 Juin par des hallucinations, de l'anxiété (Docteur Vignes). La malade veut quitter l'hôpital parce que tout le monde parle d'elle. On veut obliger son mari à la faire disparaître. On l'injurie. Sa famille est obligée de la placer en clinique du 13 au 18 Juillet. Sortie pour des raisons pécuniaires, elle entre immédiatement à Sainte-Anne.

Elle présente à ce moment un aspect mélancolique: voix basse, soupirs, réponses difficiles, commissures abaissées; idées confuses de persécution: « on va la punir suivant le code parce qu'elle a de l'argent et qu'elle n'a pas payé. L'interne du service est un inspecteur de police ». Automatisme mental. Opposition.

Réflexes tendineux normaux. Tension artérielle (Pachon): 13.7. Cœur: rétrécissement mitral.

Retour de couches en Novembre 1936.

Traitée, outre deux abcès de fixation, par deux séries de 12 injections de Vitamine E et 12 injections de Tot-hypophyse.

Son état se transforme: l'aspect mélancolique disparaît, mais on note: opposition, négativisme, improductivité, ironisme, réaction de jeu, insistance, intérêt au monde extérieur, bonnes mémoire et orientation. Elle est alors transférée à Maison-Blanche, où elle se trouve actuellement dans le même état. Une tentative de sortie a eu lieu, mais la malade était impulsive, violente avec ses enfants. Réinternée avec le diagnostic: psychose paranoïde, elle est actuellement à Maison-Blanche (15 Janvier 1939).

OBSERVATION XXXI

Mme W... Denise, 30 ans. Troisième accouchement normal le 7 Février 1936. Trois enfants bien portants.

Aucun antécédent, mais, d'après le mari, depuis le quatrième mois de la grossesse, à la suite d'une frayeur (chute du 4^e étage et mort d'une voisine) : nervosité, irritabilité, insomnie.

Entre à Sainte-Anne le 24 Avril 1936, présentant alors de l'obtusion psychique avec confusion et tristesse : elle veut savoir si elle est syphilitique ; son mari a cette infirmière blonde pour maîtresse (elle est brune). Hallucinations, on lui montre des corps découpés ; enfin l'enfant qu'on lui a présenté n'est pas le sien.

Traitée par une série de Vitamine E et quinze injections de 15 unités d'insuline.

Transférée à Ville-Evrard le 20 Mars 1937, son état s'améliorant, un essai de sortie est tenté le 27 Juin 1937. Une rechute rapide nécessite le réinternement pour : psychose paranoïde post-puerpérale, idées confuses de persécution et de grandeur : « on lui a pris ses titres de noblesse ; elle est la propriétaire du 17^e arrondissement. Transmission de pensée. Voix inconnues ; troubles cénesthésiques : le radio-ventral lui parle. Violences envers son enfant et son mari (Docteur Dupouy).

Retransférée à Ville-Evrard, où elle se trouve le 15 Janvier 1939 dans le même état avec le diagnostic de psychose paranoïde (Docteur Mignot).

En conclusion de ce chapitre sur les psychoses puerpérales vitamino-hormonales, nous allons exposer une observation empruntée à la thèse de Stora d'une psychose puerpérale avec hyperfolliculinémie :

OBSERVATION XXXII

Mme R...

Diagnostic : état confusionnel post-puerpéral. Age 25 ans.

Date d'entrée : 14 Juin 1938.

Antécédents personnels : née le 27 Août 1912. Enfance et adolescence normales. Scolarité normale, a eu son certificat d'études. Caractère gai et affectueux. Très travailleuse, faisait de la couture.

Début des troubles 10 jours après son accouchement, qui s'est passé normalement, s'est agitée, disait qu'elle était tuberculeuse, voulait faire vacciner son bébé d'urgence.

À l'entrée, 14 Juin : surexcitation psychique, propos peu cohérents, troubles de la mémoire et de l'orientation, préoccupations hypocondriaques, thèmes anxieux : elle a la syphilis ou la tuberculose ; agitation épisodique, opposition, turbulence. Idées d'auto-accusation.

Température élevée : 38°5, et le lendemain : 40°7.

Etat digestif mauvais ; langue saburrale ; constipation opiniâtre.

Traitée par : sérum physiologique et septicémine.

Le 23 Juin, dosage d'urée : 0 gr. 65.

Le 27 Juin, dosage d'urée : 0 gr. 85.

Même état mental. Apparition d'une parotidite gauche suppurée.

Facies vultueux. Langue sèche et saburrale.

Abcès de fixation. Température : 39°6.

Le 28, la température s'abaisse à 37°5.

L'état mental est inchangé. Etat confusionnel avec mutisme complet. Dosage d'urée : 0,35.

Examen physique : grande laxité ligamentaire, mouvements des doigts. Réflexes tendineux vifs, pas de B. Cœur et poumons normaux. Foie normal. Sang : B.W. négatif.

Evolution : 2 Juillet, amélioration physique marquée, température normale. Etat mental identique.

13 Juillet, reprise des troubles, agitation, propos incohérents, cris, pleurs. Elévation de température à 38°5. Constipation. Urée : 6,65.

23 Juillet, même état mental. Température à 39°.

Baisse de température les jours suivants. Urée : 6,35.

L'agitation tombe. Mutisme persistant.

Le 5 Octobre, est traitée par des injections de Cardiazol.

Amélioration très considérable et progressive de son état mental.

Antécédents héréditaires : mère aurait été soignée à l'hôpital Saint-Louis pour accès d'agitation. Hémiplegie droite consécutive (?), puis hospitalisée à la Salpêtrière pendant 3 ans.

Examen gynécologique : utérus normal, pas de pus.

Règles apparues le 10 Juillet, durée : 3 jours.

Nouvelles règles le 6 Octobre, durée : 1 jour.

Dosage de folliculine :

1^{er} dosage le 18 Août 1938 : 10 U.R.

2^e dosage le 27 Août 1938 : 20 U.R.

3^e dosage le 6 Septembre 1938 : 20 U.R.

Hyperfolliculinémie.

Et Stora conclut : « en ce qui concerne les psychoses puerpérales, il est possible que certaines formes soient sous la dépendance d'un bouleversement hormonal causé par la grossesse ».

Nous n'avons pas retrouvé le facteur hyperfolliculinémique dans les dosages effectués sur 3 des malades.

L'efficacité du traitement vitamino-hormonal nous semble une preuve de déséquilibre hormonal dans les psychoses puerpérales vraies. Dans quel sens ce bouleversement a-t-il lieu ? On ne peut encore en préjuger, et une étude plus poussée pourra sans doute élucider la question.

Nous venons d'exposer les observations des psychoses puerpérales vitamino-hormonales, parmi lesquelles nous avons trouvé :

24 malades guéries.

4 malades chroniques.

C. — *Psychoses aggravées par l'accouchement*

Nous allons étudier maintenant les malades ayant été étiquetées « Psychoses puerpérales » au cours de leur évolution. La simple étude des observations qui vont suivre va nous montrer qu'il s'agit de psychoses aggravées par l'accouchement et non de psychoses puerpérales :

OBSERVATION XXXIII

Mme L... Hélène, 27 ans.

Antécédents héréditaires : grand'mère maternelle mélancolique, plusieurs fois internée à Villejuif.

Primipare accouchée à terme le 3 Août 1936 d'un enfant bien portant (La Pitié).

La malade présentait des idées de persécution antérieures à l'accouchement. « Tout le monde dans le quartier disait qu'elle était folle, son père aussi. Les gens lui crachaient à la figure quand elle passait à côté d'eux. A l'atelier, on l'appelait la « putain » ». Tout cela avant les vacances de 1935.

En septembre 1935, elle fait la connaissance d'un ami de son père (avec lequel elle devait se marier), quand il n'était pas là « tout lui paraissait changé », à nouveau « ses parents étaient tout drôles ». Elle pleurait. Tentative de suicide en septembre 1935 (gardénal). Enceinte en novembre, elle reste 15 jours au mois de Décembre sans vouloir sortir de chez elle ; elle se marie en Février 1936.

Après son mariage, elle trouve son mari changé, son père a un drôle de regard, elle est la cause de tous les malheurs de sa famille. Enceinte de 7 mois, elle laisse à son mari un mot lui disant qu'elle est chez ses parents, se jette dans la Seine, est repêchée par un marinier, et hospitalisée à la Pitié.

À l'hôpital, nouvelle tentative de suicide par ouverture des veines.

Le 3 Août 1936, accouchement normal accompagné d'un état confuso-maniaque onirique : elle entend « toute sa famille, ses amis, son mari travaille près d'elle, elle n'a qu'à penser aux gens pour qu'ils arrivent ». Elle se trouve très bien. Quand quelqu'un parle, elle entend tout répéter en elle-même, elle a l'impression que sa pensée est entendue par les autres. Elle a des idées qui passent, elle ne sait pas d'où elles viennent, entend tout les gros mots que l'on disait à l'atelier. Elle veut mourir. Elle pense n'avoir jamais eu d'enfants.

Placée à Sainte-Anne le 12 Août. Retour de couches le 19 Août. Elle est traitée par une série de 12 injections de Vitamine E, associée à un traitement général (pancrinol, etc.). Son état physique s'améliore progressivement (augmentation de 10 kg. en trois mois). Disparition de l'état mélancolique. L'amélioration s'accroissant, une sortie est autorisée le 13 Décembre 1936.

Une récurrence immédiate nécessite son réinternement le 16 Décembre 1936. Dans la nuit son mari lui paraissait étrange, elle avait peur qu'il ne l'étrangle. Réactions hostiles envers celui-ci. À ce moment, sa présentation est différente : rires immotivés, gros troubles de l'affectivité, ambivalence à l'égard de son mari. Elle mange « des os, de la laine ».

Le lendemain de son réinternement, elle fait une tentative d'évasion puérile, elle veut quitter l'asile en chemise pour aller se cacher. « Elle marcherait la nuit, elle irait n'importe où ».

Ce tableau clinique permet à ce moment de poser le diagnostic *d'hébéphrénie aggravée par la grossesse*.

La chronicité se confirmant, la malade est transférée à Maison-Blanche le 10 Mars 1937. Là, un examen sérologique révèle un Wassermann positif dans le sang. L.C.R. normal. Elle est traitée alors par trois séries de Quinby et trois séries

de Muthanol. Sans aucune amélioration, la malade est transférée à l'asile de Saint-Rémy le 10 Mars 1937 pour hébéphrénie. Toujours dans le même état le 27 Septembre 1938,

OBSERVATION XXXIV

Mme P... Louise, 29 ans, aucun antécédent héréditaire, Antécédents personnels : internée de Septembre 1932 à Avril 1934 (asile de Bon-Sauveur, à Caen) pour : Confusion mentale avec langage incohérent, trouble profond des idées, inconscience de sa situation, rires immotivés. Suspecte de démence (Docteur Corchet), 28 Septembre 1932. Sort le 7 Avril 1934 guérie des troubles mentaux ayant nécessité son internement (Docteur Tissot).

De 1934 à Septembre 1937, comportement normal. Primipare, accouchée le 18 Septembre 1937 (enfant mort-né). Début des troubles mentaux 10 jours après l'accouchement.

Entre à Sainte-Anne le 21 Décembre 1937 pour un état confusionnel avec inertie, indifférence, éléments discordants avec sourires, bizarrerie de l'attitude, vagues idées mystiques, apathie et incurie. Fond de débilité mentale. Evoluant vers la chronicité, elle est transférée à Maison-Blanche le 30 Juin 1938, où elle se trouve actuellement ; là, elle présente des périodes d'excitation et de dépression. Vu son internement antérieur, le diagnostic de démence précoce cyclique est envisagé et l'on commence un traitement par le cardiazol. Examinée en cours de traitement (elle a reçu 7 injections de cardiazol), la malade est très améliorée, elle se souvient de son accouchement, mais non de la période confusionnelle qui l'a suivie. Bien orientée. Calme depuis quelques jours, la malade se trouve toujours en traitement dans le service du Docteur Demay le 2 Novembre 1938.

OBSERVATION XXXV

Mme G... Reine, 27 ans. Accouchement le 17 Novembre 1936 (enfant décédé le 23 Janvier 1937). Deux enfants bien portants.

La malade aurait présenté en 1934 une période de dépression (déception sentimentale) au cours de laquelle elle abandonne son mari et ses enfants (un de ceux-ci étant malade).

Antécédents héréditaires : mère décédée au cours d'une crise de delirium tremens.

La malade présentait des idées de persécution antérieures à son accouchement : elle pensait que quelqu'un (sans jamais le nommer) en voulait à toute sa famille. Depuis un an environ, la malade, non croyante avant son mariage, s'était mise sous la protection de sainte Thérèse de l'Enfant-Jésus. Depuis cette période, elle était devenue indifférente envers son mari et ne s'occupait plus de son ménage.

Les troubles mentaux plus importants débutent 2 mois après son accouchement (Décembre 1936). A ce moment, elle était épuisée par surmenage et divers différents conjugaux avec son mari, que l'on dit buveur.

Elle présentait à cette période un syndrome confusionnel avec onirisme : durant quelques semaines. Elle voyait sainte Thérèse dans la nuit et Napoléon venait près d'elle. De plus, grande anxiété : la prochaine guerre tuerait tous ses enfants. Cet état nécessite son placement à l'hôpital Beaujon. Là, l'électricité agit sur elle. Une amélioration rapide lui permet d'être envoyée au Vésinet, où elle ne put être gardée. Elle entre à Sainte-Anne le 26 Janvier 1937. Toujours confuse, elle dit être tourmentée par toutes sortes de conversations perçues, se rapportant soit à elle-même, soit à quelque grand événement tel le mariage du Prince de Galles. Mimique d'effort, propos imprécis, inachevés.

Réactions sanguines et du liquide céphalo-rachidien négatives.

À la quinzaine, l'état confusionnel persiste accompagné de mutisme, tristesse, d'inertie motrice.

Elle est traitée par trois séries de 12 injections de Vitamine E. Quatre injections d'hormone gonadotrope font réapparaître les règles le 27 Juillet 1937.

L'état dépressif et confusionnel disparaît progressive-

ment, la malade présente alors des troubles du caractère avec opposition, impulsions, humeur contrastante ! Présentant le tableau d'un psychose paranoïde, elle est transférée à Perrey-Vauchuse, où elle se trouve dans le même état : puérilité, ambivalence, désintérêt, du monde extérieur, de son mari, de ses enfants. Grosse débilité mentale sous-jacente (Docteur Cullère), 3 Septembre 1938.

OBSERVATION XXXVI

Mme P... Raymonde, 28 ans. Accouchement normal le 2 Juin 1937. Trois enfants bien portants. Pas d'antécédents héréditaires connus. Aurait été soignée en 1933 pour « anémie cérébrale » (mari). Guérie au bout de trois mois.

Entre à Henri-Rousselle le 15 Juin 1937 pour : attitude stuporeuse, mutisme, apathie, indifférence profonde avec anxiété par intervalles. Aspect schizophrénique (Docteur Pichard). Règles en Juillet.

Traitée par deux séries de 12 injections de vitamine E. Evolution vers la chronicité.

Transférée le 19 Août 1937 à l'asile de Clermont, dont nous n'avons reçu aucun renseignement.

OBSERVATION XXXVII

Mme H... Charlotte, 30 ans, aucun antécédent. Six enfants bien portants.

Le début des troubles remonte au commencement de la grossesse, en Août 1936 (accouchement en Mars 1937). Elle devient susceptible, jalouse et se désintéresse de son intérieur et de ses enfants. Elle se déshabille devant eux, et menace de se tuer si on les place.

Fugue à Paris, où elle se place sous la protection de la police, « parce que son mari est brutal », 30 Mars 1938.

Entre à Sainte-Anne le 31 Mars 1938 pour psychose post-puerpérale d'aspect schizophrénique.

Evoluant vers la chronicité, elle est transférée à Châlons pour un syndrome interprétatif avec idées de persécution mal systématisées et sentiments d'hostilité. Notion d'aggravation après l'accouchement (Docteur Porcher).

Actuellement dans le même état.



D. — *Malades en traitement*

Enfin, pour terminer, voyons les six malades encore en traitement dans le service.

Parmi ces malades, trois, sans antécédents, sont sans amélioration mais présentent les types confuso-maniaques et confuso-mélancoliques et leur hospitalisation est trop récente pour que l'on puisse porter un pronostic. Les autres malades semblent évoluer vers la chronicité.

OBSERVATION XXXVIII

Mme C... Mauricette, 35 ans. Antécédents héréditaires : père mort interné (trois fois interné à Sainte-Anne : persécution).

Antécédents personnels : trois internements antérieurs :

I. — En 1933, à la Salpêtrière. La malade étant enceinte, était déprimée, triste et avait des idées de suicide. Enfant mort-né.

II. — En 1935, un mois et demi après un accouchement, période confuso-onirique : la malade croyait entendre son père, mort, lui parler.

III. — En 1936, étant enceinte, la malade très déprimée se serait sectionné les veines si son mari ne l'en avait empêchée.

Deux enfants bien portants. Accouchée le 18 Janvier 1937 à Saint-Louis d'un enfant mort-né (grossesse de dix mois ?). Immédiatement après l'accouchement, période confuso-onirique : elle voyait de grosses araignées courir dans la chambre.

Entre à Sainte-Anne le 16 Février 1937 pour « psychose puerpérale ». Traitée à Henri-Rousselle depuis le 29 Janvier pour délire aigu. Amélioration de l'état physique, température à 37°. Persistance de l'état confusionnel avec propos incohérents, éléments discordants, stéréotypie d'attitude. Possibilité d'évolution paranoïde (Docteur Pichard).

Traitée à Sainte-Anne par trois séries de 12 injections de vitamine E, et 18 injections d'hormone gonadotrope après lesquelles les règles réapparaissent en Octobre 1937. Améliorée dès Décembre 1937, on note une énorme débilité mentale qui l'empêche d'être rendue à la vie normale. Calme, travaille dans le service. Présente une amnésie totale de la période du début.

OBSERVATION XXXIX

Mme C... Alice, 28 ans, pas d'antécédents héréditaires.

Antécédents personnels : Opérée d'une adénite cervicale en 1936.

Accouchement fin Novembre 1937. Dernier né très chétif, un enfant de trois ans bien portant.

Début des troubles deux mois après l'accouchement, le 23 Janvier 1938. A 21 heures 30, d'après le mari, brusquement elle veut aller chercher le médecin parce qu'elle sent qu'elle devient folle, elle voit des démons. Anxiété intense nécessitant son placement à la Salpêtrière, où elle fait un épisode fébrile (40°) avec signes pulmonaires.

Entre à Sainte-Anne le 26 Janvier pour un état de dépression confusionnel avec inhibition psychique, inquiétude, anxiété, opposition, onirisme probable.

Elle reçoit une série de 6 injections de Vitamine E et 15 injections d'hormone gonadotrope, sans retour de couches.

Au mois d'Octobre, elle se trouve dans le même état : mutisme avec opposition, conservation des attitudes. Attitude générale en flexion. Extrémités froides et cyaniques. Mains fermées, pouce entre l'index et le médius, résistance à l'ouverture de la main. Plaintes stéréotypées, gâtisme.

Légèrement améliorée, se trouve toujours en traitement le 15 Janvier 1939 dans le service du Docteur Guiraud.

OBSERVATION XL

Mme F., Adèle, 36 ans. Aucun antécédent.

Accouchement normal le 9 Juillet 1938.

Entre à Sainte-Anne le 13 Août pour obnubilation psychique profonde. Attitude sombre et inquiète. Anxiété diffuse et paroxystique, température normale (Docteur Pichard).

À la quinzaine, l'état mélancolique s'atténue légèrement : désorientée, confuse, « elle est ici depuis une éternité », Craintes imaginaires, se croit accusée de tous les crimes,

Hallucinations psychiques et auditives : « Tu seras brûlée, tu es responsable de la guerre ». Troubles cénesthésiques, impression de vide intérieur et de grossissement de la tête. Tendance au syndrome de Ganser : « Q. : Qu'est devenu votre enfant ? — R. : Mon lit change d'étiquette tous les jours. — Q. : Vous avez vu des incendies ? — R. : On tue des pigeons. — Q. : Et le poison ? — R. : J'allais trop au cinéma. »

Idées de négation : « Mes poumons n'y sont pas, je suis vidée ».

Traitée par deux séries de 6 injections de Vitamine E. et par un abcès de fixation, la malade se trouve dans le même état en Octobre 1938. Toujours hallucinée, elle voit des cheminées qui montent et qui descendent, on lui envoie des courants électriques.

Au mois d'Octobre, elle se trouve toujours en traitement dans le service du Docteur Guiraud.

OBSERVATION XLI

Mme B... Amélie, 25 ans, aucun antécédent. Accouchée le 25 Septembre 1937, à terme. Enfant décédé (circulaire du cordon). Un enfant de 2 ans 1/2 bien portant.

Onze jours après son accouchement, la malade devient triste, refuse de s'alimenter, maigrit, température : 38°.

A son entrée à Sainte-Anne, le 12 Octobre 1937, la malade présente un état confusionnel avec demi-stupeur, mutisme, prostration, opposition passive, refus d'aliments. Etat général médiocre. L'examen du sang est négatif.

L'examen gynécologique montre un gros utérus en involution incomplète.

La température revient rapidement à la normale.

La malade est alors traitée, pendant les mois d'Octobre et de Novembre, par deux abcès de fixation et deux séries de six injections de Vitamine E. Elle reçoit en outre 21 injections de 15 unités d'insuline. L'état mental reste sans changement. N'ayant pas eu de retour de couches à la fin de Janvier 1938, la malade reçoit trois séries de 18 injections d'hormone gonadotrope. Les règles réapparaissent au mois de Juin 1938.

L'état mental ne se modifiant pas, on pratique un traitement par le cardiazol. La malade reçoit 6 injections de cardiazol (0,40 gr., 0,50, 0,50, 0,50, 0,60 et 0,60). Les crises sont typiques. Dès la troisième injection la malade parle : « Elle a rêvé qu'elle était morte, elle pensait qu'elle n'avait plus de langue et voyait des gens qui remontaient des pendules ».

L'amélioration persiste jusqu'à la fin du traitement, mais pendant les jours qui suivent la dernière crise, la malade revient rapidement à son état antérieur.

La malade, toujours dans le même état, est encore dans le service du Docteur Guiraud le 15 Janvier 1939.

OBSERVATION XLII

Mme Ch... Louise, 32 ans. Aucun antécédent personnel. Antécédents héréditaires : une sœur placée à l'hospice de Cambrai. Accouchement normal le 5 Juin 1936. Les troubles mentaux débutent 6 jours après l'accouchement, par un état onirique à teinte funèbre.

Hallucinations auditives et visuelles : « Une grosse bête court comme une mouche ; des hommes lui parlent, on lui fait des réflexions sur son passé, on l'appelle « putain » (elle s'est en effet prostituée pendant 2 ans).

Troubles cénesthésiques : « Quelqu'un lui lance des courants électriques, c'est sans doute la police ».

Puis, état mélancolique avec idées d'auto-accusation : « Elle doit faire de la prison, elle a volé une boîte à sardines, du fil, de la dentelle ».

Au mois de Novembre, la malade présente une période d'opposition de courte durée : immobile dans son lit, elle ne répond pas aux questions, mange difficilement.

Ensuite, reprise des idées d'auto-accusation : elle demande pardon, se jette à genoux devant le médecin.

Hallucinations persistantes : « On lui dit de vilaines choses, de coucher avec des hommes..., elle voit des films de cinéma, et on lui reproche d'avoir une carte de la préfecture, d'avoir fait la noce deux ans ».

Ses règles n'étant pas réapparues en Août 1937, elle reçoit deux séries de 18 injections d'hormone gonadotrope avec réapparition des règles en Octobre 1937.

En Août 1938, la présentation est différente : Bien orientée, mais distraite, réponses à côté, méfiance, opposition verbale. Hallucinations persistantes : Voix de femmes qui commentent les relations sexuelles qu'elle a eu avec son mari, voix d'hommes qui veulent la tuer. Vol de la pensée : « Elle n'aime pas que l'on sache ce qui se passe dans sa tête ».

Ironie acariâtre. Autisme.

La malade est alors traitée par 4 injections de cardiazol sans transformation de l'état mental.

Elle est toujours en traitement dans le service du Docteur Guiraud (15 Janvier 1939), s'occupant un peu, opposante, refusant l'examen, ne croyant pas à la mort de son mari, mort qu'on lui a apprise depuis 2 mois.

OBSERVATION XLIII

Mme Co... Eugénie, 26 ans. Aucun antécédent. Entre à Sainte-Anne immédiatement après son accouchement le 16 Novembre 1938. Elle présente un état dépressif avec désorientation et onirisme: « Elle entend et voit son mari. Anxiété avec agitation, pleurs, se lève parce que son mari appelle et qu'il va peut-être mourir ». Elle entend dire: « Votre mari est mort, vous êtes une sale femme; mais ce sont peut-être des idées qu'elle a dans la tête, car elle n'entend rien par les oreilles ».

Syndrome mélancolique et confusionnel: « Je me suis reprochée d'être allée à Paris, je ne veux pas être à un autre homme, je me tueraï, je ne peux plus résister ».

Traitée par 6 comprimés de rubiazol durant 6 jours et du tréphonyl (pertes sanglantes).

Examen des urines: traces d'albumine, petite quantité de pus, nombreux diplobacilles encapsulés ne prenant pas le Gramm: probablement colibacilles.

Taux normal de folliculine dans le sang.

Toujours en traitement sans amélioration le 25 Janvier 1939.

OBSERVATION XLIV

Mme M... Anna, 20 ans, aucun antécédent.

Accouchement normal le 14 Décembre 1938 suivi d'un abcès du sein traité par le propidon.

Entre à Sainte-Anne pour un état dépressif avec inhibition psycho-motrice, opposition. Température à 37°6. Éléments confusionnels, demi-mutisme: « parce que son cerveau travaille », elle voit toutes les personnes qu'elle a connues.

Le 18 Janvier, point de côté très violent sans signe physique.

Réflexes normaux.

Induration du sein incisé le 20 Janvier 1939.

Traitée par une série d'hémostra et 6 injections de Vitamine E.

Très améliorée dès la quinzaine elle se trouve toujours en traitement le 27 Janvier 1939.

On voit donc que parmi les 7 malades en traitement, nous avons :

- 1 malade améliorée après traitement vitaminé.
- 3 malades légèrement améliorées après avoir subi un traitement hormonal ayant fait réapparaître les règles.
- 1 malade semblant évoluer vers la chronicité (l'hormone gonadotrope n'ayant pas fait réapparaître les règles).
- 1 psychose colibacillaire sans changement.
- 1 psychose aggravée par la puerpéralité, sans changement.

CHAPITRE III

PRONOSTIC

Le pronostic nous semble encore plus favorable que ne le disait déjà Sivadon dans sa thèse. Cet auteur donne 64,9 % de guérisons apparentes immédiates.

Nous trouvons, en comptant les 20 cas publiés par M. Guiraud, 47 guérisons et 4 cas chroniques ; ce qui fait une proportion de 94 % de guérisons.

Par le traitement actuel, l'évolution des psychoses est écourtée. Les malades guéries ont présenté une durée de maladie variant de 15 jours à 6 mois environ.

Quant au pronostic lointain, il semble meilleur que ne l'indiquait Sivadon.

Les malades guéries ont été suivies : aucune n'a présenté de récurrence.

Enfin, nous pouvons citer une observation publiée par Guiraud et Chanès d'une malade ayant présenté une psychose periparturiale en 1923 et qui est restée confuse pendant deux ans ; guérie à la suite d'une injection d'huile térébenthinée, elle est toujours suivie actuellement et elle n'a présenté aucun trouble depuis sa guérison.

On a proposé un traitement préventif de vitamine E au cours de la grossesse afin d'éviter les récurrences, mais nous n'avons pas assez de recul pour juger de son efficacité.

En conclusion, dans les psychoses puerpérales infectieuses vraies, il nous semble pouvoir affirmer que le pronostic est bon. Dans les psychoses puerpérales infectieuses dont le pronostic est le moins favorable, l'évolution se fait rapidement en quelques semaines vers la guérison ou vers la mort.

Les psychoses puerpérales vitamino-hormonales guérissent lentement sous l'influence du traitement.

CHAPITRE IV

TRAITEMENT

On a déjà vu, au cours de l'examen des observations, la thérapeutique des psychoses puerpérales que nous avons employée.

Dans les psychoses puerpérales infectieuses, nous mettons en œuvre la thérapeutique anti-infectieuse habituelle : sérum glucosé, abcès de fixation, urotropine, etc. Dans les psychoses puerpérales infectieuses colibacillaires, Baruk emploie avec grand succès le sérum de Vincent.

Dans les psychoses puerpérales endocrino-hormonales, le traitement est très particulier :

Nous pratiquons toujours l'abcès de fixation à l'aide de l'huile térébenthinée au quart, comme agent d'hyperleucocytose. Cette injection de 1 à 2 cc. se fait en sous-cutanée et produit une tuméfaction inflammatoire qui se résorbe en une quinzaine de jours.

M. Guiraud, voulant attaquer plus directement le bouleversement organique déclenché par la puerpéralité, a essayé les injections de sérums d'animaux gravides, les extraits embryonnaires, etc.

Enfin, vu la fréquence de la mortalité infantile et des avortements, la vitamine E fut essayée avec succès ; elle est toujours employée dans le service de M. Guiraud souvent associée à la vitamine B₁.

On peut d'ailleurs citer aussi dans un cas de

Korsakoff chez une éclamptique, ayant présenté un syndrome neuro-cardio-cédémateux, l'emploi avec succès de la vitamine B₁ (Säker).

Cet auteur pense que la gravidité demanderait une alimentation plus grande en vitamines. C'est ce que nous pensons, en particulier, pour la vitamine E.

On sait que la vitamine E, ou vitamine de reproduction, fut découverte en 1920 par Mattil et Conklin. Les rats élevés au lait complet étaient stérils. Evans et Scott, au cours d'une étude relative à l'influence de la nutrition sur le cycle œstral, constatent : que les rats nourris avec un régime contenant suffisamment de protéines, de sels, et toutes les vitamines connues, étaient à la première génération en partie stériles, et tout à fait inaptes à la reproduction à la deuxième. Cette stérilité était guérie par une substance inconnue se trouvant dans les feuilles de laitue, le germe de blé et la luzerne desséchée. Chez la femelle, la stérilité était due à la mort et la résorption du fœtus. Au début de la carence, la grossesse peut évoluer à terme, à un degré plus élevé la morti-natalité s'accroît, enfin on obtient la mort in-utéro.

Sure propose d'appeler ce facteur nouveau la vitamine E. La répartition dans la nature est à peu près la même que celle des caroténoïdes et, d'après Randoïn et Netter, aucun produit incolore ne renferme de vitamine E. On l'extrait surtout du germe de blé.

Les connaissances actuelles sur la constitution chimique sont très peu avancées, Evans et Emerson ont isolé un tocophérol dont la nature vitaminique demande à être confirmée.

Par quel mécanisme agit la vitamine E ? Pour Juliusz Schaffer, ce serait par une action cellulaire

directe. Pour Verzar, la vitamine E agirait comme une pré-hormone anté-hypophysaire et aurait une action gonadotrope chez la rate impubère.

La vitamine E n'est pas détruite par les sucs digestifs.

Dans l'espèce humaine, on a obtenu des résultats intéressants dans le traitement de l'hypogalactie et surtout dans celui des avortements habituels (Vogt-Moeller, Currie).

Nous n'insisterons pas sur les résultats obtenus par le traitement vitaminé, résultats déjà mis en relief par M. Guiraud en 1936. Nous noterons après lui, l'évolution extrêmement rapide vers la guérison, après traitement vitaminé, de psychoses se prolongeant de façon inquiétante.

De plus, parallèlement à l'état mental, l'état physique toujours précaire dans les psychoses puerpérales s'améliore considérablement et l'on note une grande augmentation de poids.

La vitamine E est utilisée en injections sous-cutanées tous les deux jours par séries de dix ou douze injections avec quinze jours de repos entre les séries. On doit noter déjà une amélioration à la fin de la première série. Il n'y a aucune contre-indication. Le traitement doit être appliqué le plus tôt possible.

Tel est le traitement du début des psychoses vitamino-hormonales.

*
* *

Nous avons déjà vu les diverses raisons nous faisant admettre un dysfonctionnement folliculinique, on a noté dans les diverses observations la longueur du retour de couches, l'hypogalactie, etc. ;

or on sait que la folliculine peut jouer un rôle dans l'inhibition de l'ovulation soit par action directe sur l'ovaire, soit par l'action de l'hypophyse (Simonet). Le « pouvoir gonadotrope de l'anté-hypophyse est diminué durant la grossesse ». Cette influence inhibitrice sur l'ovulation peut être levée : en administrant de l'hormone gonadotrope on obtient chez la lapine en gestation l'ovulation et la fécondation artificielle et la superfétation.

Toutes ces considérations, devant l'extrême durée du retour de couches, devaient faire employer à M. Guiraud l'hormone gonadotrope avec un grand succès.

On sait que l'anté-hypophyse sécrète plusieurs hormones gonadotropes. C'est en 1926-27 qu'Ascheim et Zondek en Allemagne, Smith, Evens, Allen aux Etats-Unis montrent que la greffe de pré-hypophyse à des animaux impubères provoque une hyperhémie des ovaires, la maturation de nombreux follicules, la mise en liberté de beaucoup d'ovules.

Chez les mammifères adultes, mêmes phénomènes, accompagnés de développement de corps jaunes.

On a donc pu dire avec Brouha que « le lobe antérieur de l'hypophyse était le moteur de l'ovaire ».

Cette action de l'hypophyse sur l'ovaire semble s'exercer par l'intermédiaire de deux hormones (Hisaw, Evans, etc.) :

1. La gonado-stimuline A (hormone folliculaire, principe gamétopoïétique). Extraits obtenus en milieu acide. C'est l'hormone qui produit le développement de la cellule germinale (chez la femelle : maturation ovulaire et folliculaire).

2. L'hormone lutéinisante (gonado-stimuline B). Extraits obtenus en milieu alcalin, transformant le follicule hémorragique en corps jaune.

Nous sommes à présent à peu près certains, grâce aux travaux de Evans et Smith, que ce sont les cellules basophiles de l'anté-hypophyse qui produisent l'hormone gonado-stimulante. Nous connaissons maintenant, depuis les travaux de Wolfe et Siegert, les variations de la teneur en gonado-stimuline de l'hypophyse au cours du cycle génital. Le cycle ovarien est donc expliqué par le cycle de l'anté-hypophyse ; reste le problème de la régulation de cette dernière.

On a tout d'abord pensé à une régulation nerveuse, il n'y a pas de doute que le système nerveux est capable d'influencer les fonctions sexuelles par la voie de l'hypophyse. Cela est prouvé non seulement par l'observation clinique, mais aussi par l'expérience chez les animaux : le cycle des rats femelles peut facilement être modifié par un déplacement des cages, par la présence de mâles dans les cages voisines, etc.

Holhleweg et Junkmann ont démontré que les hypophyses transplantées ne montrent pas les modifications histologiques de la castration ; de là, ils ont conclu que l'influence hormonale sur les hypophyses ne s'effectue que par la voie nerveuse. Ils ont supposé l'existence d'un centre localisé par Shoeller dans la région hypothalamique. Mais les expériences de Holweg et de Junkmann sont pourtant loin d'être probantes ; il est notamment douteux, comme l'a remarqué Zondek, que la transplantation des hypophyses ait été effectuée avec succès du point de vue fonctionnel.

Un certain nombre de milieux organiques autres que le lobe antérieur de l'hypophyse contien-

nent des substances gonadotropes, en particulier l'uriné de femme enceinte. Cole et Hart, Hamburger et Funk isolèrent du sérum de la jument gravide une substance hormonale gonadotrope extrêmement active qui provoque un développement considérable des follicules ovariens. C'est cette hormone sérique que l'on utilise en thérapeutique.

Cette thérapeutique aide-t-elle au rétablissement de l'équilibre endocrinien, supplée-t-elle simplement à la sécrétion de gonado-stimuline tarie dans l'hypophyse par l'atteinte de son centre nerveux hypophalamique ? On ne peut rien avancer sur ce sujet ; quoi qu'il en soit, on a pu noter que dans huit cas de psychose puerpérale vraie traités par l'hormone gonadotrope, sept fois les règles sont réapparues avec amélioration parallèle de l'état mental.

Chez nos malades, quand vers le quatrième ou cinquième mois de l'évolution, les règles ne sont pas réapparues, nous pratiquons une série de 18 injections d'hormone gonadotrope. Si le résultat n'est pas satisfaisant, nous pratiquons après trois semaines de repos une nouvelle série.

Le retour des règles a été obtenu, en comptant les malades en traitement, onze fois sur treize et, fait capital, on a pu noter une amélioration de l'état mental à la suite de ce traitement.

Toutes ces considérations thérapeutiques viennent étayer la pathologie vitamino-hormonale des psychoses puerpérales vraies.

Enfin, nous avons pu observer deux cas de psychose puerpérale vraie traités avec succès par le cardiazol. Le cardiazol, dernière thérapeutique de choc, modifie-t-il l'équilibre neuro-endocrinien ? Beaucoup d'auteurs le pensent.

En résumé, la thérapeutique des psychoses puerpérales vraies ou vitamino-hormonales consiste en :

- Huile térébenthinée au 1/4.
- Reconstituants généraux.
- Vitamine E (par séries de douze injections en sous-cutané avec quinze jours de repos entre chaque série).
- Hormone gonadotrope (par séries de 18 injections avec un mois de repos entre chaque série).

Enfin, comme traitement préventif, nous recommanderons avec M. Guiraud de faire « prendre aux malades guéries 20 à 60 gouttes, par voie buccale, de vitamine E en cas de nouvelle grossesse ».

On peut d'autre part soumettre les nouveaux-nés à cette thérapeutique.

CONCLUSIONS

Les psychoses puerpérales semblent devoir se diviser pour nous en :

1. Psychoses puerpérales infectieuses.
2. Psychoses puerpérales vraies ou vitamino-hormonales.

Nous avons vu au cours de ce travail les diverses raisons, tant cliniques que pathogéniques et thérapeutiques, nous ayant fait adopter cette classification.

La thérapeutique de ces deux catégories consiste, pour la première en un traitement antiinfectieux ; pour la seconde, principalement en un traitement vitaminé et hormonal :

Vitamine E.

Hormone gonadotrope.

Depuis l'utilisation de cette nouvelle thérapeutique, il nous semble que le pronostic des psychoses puerpérales se soit amélioré. En effet, nous avons pu donner dans ce travail le chiffre de 94,1 % de guérison.

Vu : Le Doyen,
TIFFENEAU.

Vu : Le Président,
LAIGNEL-LAVASTINE.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
ROUSSEY.

BIBLIOGRAPHIE

- ARON (M.). — Physiologie de l'hypophyse (Strasbourg Médical, 1932).
- L'Hormone préhypophysaire excito-sécrétrice des glandes endocrines génitales (Arch. d'anat., d'histo. et d'endocr., 1932).
- ASCHAFFENBURG. — Ueber die klinischen formen der Wochenbettpsychosen (Allg. Zeit. Psych., T. LVIII).
- BALADO (E.) et PIBILONI (C.). — Psicosis polineuritica en la puerperalidad (Revista d. Asoc. Med. Argentina, Vol. XLIX, n° 357, Avril 1936, p. 605).
- BARUCK (H.). — Psychiatrie médicale physiologique et expérimentale (Masson, 1938, p. 677 et 701).
- Sur quelques aspects cliniques et étiologiques des psychoses puerpérales (Pratique Médicale Fr., N° 4, Avril-Mai 1937, p. 158).
- BARUCK et TRUKERT. — Psychoses colibacillaires à formes oniriques prémaniaques au cours d'une pyélo-péphrite post-puerpérale tardive (An. Méd. Psych., N° 4, Nov. 1933).
- BENHAMAR et LOUBEYRE. — Sur un cas de polynéphrite gravidique (Algérie Méd., N° 75, Mars 1934, p. 154).
- BENON. — Psychoses puerpérales. L'asthénomanie post-puerpérale (Jour. de Méd. et Chirurgie Prat., 106, N° 12, Juin 1935).
- BERNARD. — Contribution à l'étude des psychoses puerpérales; de leur étiologie en particulier (Thèse Nancy, 1923).
- BOUTET. — Contribution clinique à l'étude des troubles mentaux d'origine puerpérale (Thèse Paris, 1911).
- BROUSSEAU, SYLVIO, CARON et LARUE. — Les psychoses liées à l'infection puerpérale (Bull. Méd. de Québec, N° 4, Avril 1929).
- CAMPBELL, CLARCK. — Folie puerpérale (The Journal of Mental Science, 1886).
- CASTIN. — Des psychoses puerpérales dans leurs rapports avec la dégénérescence mentale (Thèse Paris, 1899).
- CLAUDE, BARUCK et FORESTIER. — Les encéphalites colibacillaires de type schizo-phrénique (Soc. Déd. Psych., 8 Déc. 1932).
- CODÉT et BADONNEL. — Psychoses puerpérales (Jour. Méd. Fr. 1924, p. 198).

- COLE (H.). — Superfecundity in rats treated with mare gonadotropic hormone (Am. Journ. Physiol. 119.704, August 1937).
- COURTOIS (A.) et MARÉCHAL (P.). — Le liquide céphalo-rachidien dans la confusion mentale puerpérale (Soc. Méd. Psych., 24 Nov. 1930).
- CURRIE. — British Medical Journal, 11 Avril 1936, p. 752.
- DAELMAN. — Psychose puerpérale à évolution démentielle ; guérison brusque par fièvre spontanée (Jour. de Neuro. et Psych., 1936, Tome I).
- DAVIS (M.) et KOFF. — The experimental production of ovulation in the human subject (Amer. Jour. of Obstetr. and Gynec. St-Louis, Vol. 36, N° 2, p. 183, 199, Août 1938).
- DIDE. — Confusion mentale post-épileptique et post-éclampsique (Tribune Médicale, 27 Avril 1898).
- DRETLER (J.). — Sur les psychoses puerpérales (La Semaine des Hôpitaux de Paris, 15 Déc. 1930).
- DUPOUY (R.). — Les psychoses puerpérales et les processus d'auto-intoxication (Thèse Paris, 1904).
- La confusion mentale puerpérale (La Consultation, N° 34, Février-Mars 1930, p. 29).
- DUPOUY et COURTOIS (A.). — Des psychoses gravidiques et en particulier de la psycho-polynévrite, syndrome de Korsakoff (Encéphale, Avril 1930).
- DUVAL. — Les psychoses puerpérales (Thèse de Lille, 1934, 35).
- FERDIÈRE et DAUMAISON. — Syndrome catatonique puerpéral avec aréflexie (A. M. Psych., T. I, p. 82).
- FORESTIER (J.). — Les psychoses colibacillaires (Thèse Paris, 1933).
- FOSTER et FEVOLD. — The interrelationship of the pituitary gonadotropic hormones in follicular development and ovulation of the juvenile rabbit (Am. Journ. Physiol. 121-625, March 1938).
- GUIRAUD (P.) et CHANÈS (Ch.). — Confusion mentale datant de plus de deux ans, guérie à la suite d'une injection de térébenthine (A.M. Psych., 3 Mars 1926).
- GUIRAUD et NODET. — Les psychoses puerpérales et leur traitement. Action de la Vitamine E (Paris Médical, 19 Sept. 1936).
- HIRSCH (G.). — Contribution clinique à l'étude des psychoses puerpérales (Thèse Paris, 1917).
- HOVEN (H.). — Les psychoses colibacillaires (Bruxelles Méd., 2 Déc. 1934).
- HAMBLÉN et ROSS. — Responses of the human ovary to gonadotropic principles (Endocrinology, 21-722, Nov. 1937).

- LAIGNEL-LAVASTINE, d'HEUQUEVILLE et GUILLY. — Evolution schyzo-phrénique et colibacillose puerpérale (A.M. Psy., Fév. 1933).
- LALLIER. — De la folie puerpérale dans ses rapports avec l'éclampsie et les accidents infectieux de suites de couches
- LEMELAND. — Aperçu général sur les psychoses puerpérales (Thèse Paris, 1892).
(Prat. Méd. Fran., Juillet 1928, p. 315).
— Arch. Inter. de Neur., 21^e série, Oct.-Nov. 1928, p. 140.
- LÉVY-VALENSI (J.). — Psychoses puerpérales (Paris Médical, 25 Mai 1929).
- MAGNAN. — La folie puerpérale (Gazette Méd. de Paris, 17 Mars 1877).
- MARCE. — Traité de la folie des femmes enceintes, des nouvelles accouchées et des nourrices, et considérations médico-légales se rattachant à ce sujet (1858).
— De l'influence de la grossesse et de l'accouchement sur l'aliénation mentale (Ann. Médic. Psych., T. III).
- MARCHAND, COURTOIS et SIVADON. — L'encéphalite psychosique aiguë puerpérale (Presse Médicale, N^o 49, 19 Juin 1935, p. 934).
- MATTILL (H.-A.) et COKLIN (R.-E.). — Vitamine E (J. Biol. Chemist, T. LVIII, p. 681-693).
- MORICARD et SALLNIER. — Développement folliculaire provoqué dans l'ovaire de femme au moyen de l'injection de mitosine sérique (Bull. Soc. Gyn. Obs., N^o 2, Fév. 1938).
- MORICARD, BIZE et SAULNIER. — Développement de l'appareil génital et modifications psychologiques à type pubertaire provoquées par l'injection d'hormone (Bull. Soc. Péd., Janv. 1938).
- NILSON (W.-O.). — Concerning the anterior pituitary gonadal interrelations (Endocr., 1935-13-187-198).
- PARIS (G.). — Des psychoses puerpérales envisagées au point de vue du pronostic (Thèse Paris, 1923).
- POROT (A.). — Les syndromes mentaux puerpéraux (Les Scienc. Méd., 15 Déc.).
— Notions cliniques sur les délires et les psychoses dans les maladies infectieuses (Jour. Méd. de Lyon, 5 Juillet 1922).
- RAPOPORT. — Syndrome de Korsakoff au cours de la grossesse et de la puerpéralité (Thèse Paris, 1912).
- RÉGIS. — Les psychoses d'auto-intoxication (Cong. Méd. Ment. 1893).
— Notes sur les délires d'auto-intoxication et d'infection (Presse Méd., 3 Août 1898).
- ROCHAIX. — Contribution à l'étude des troubles mentaux d'origine puerpérale (Thèse de Lyon, 1913).

- ROEMER. — Zeitschrift für die Gesante Neur. und Psych.
(Zur nosologischen erbbiologischen Beurteilung der Puerpéralpsychosen, 1936, ol. 155, p. 555).
- RUBSAMEN (W.). — Une tentative de guérir les toxémies de la grossesse par l'injection de sérum de femme enceinte (Zeit. f. Gyn. N° 21, 1911, p. 778).
- SAKER. — Der nervenarzt, 1937, p. 619.
- SEGLY. — L'aménorrhée primitive (Bull. Méd., 39-640, Sept. 1937).
- SIMONET (H.). — L'hormone folliculaire en psychologie normale et pathologique (Masson, 1937).
— La vitamine E ou de reproduction (Monde Méd., Juin 1936).
- SIVADJIAN (J.). — La chimie des vitamines et des hormones (Masson).
- SIVADON (P.). — Les psychoses puerpérales et leurs séquelles. L'encéphalite psychosique post-puerpérale (Thèse de Paris, 1933).
- SMITH (M.-G.). — A Study of the ovarian follicular hormone in the blood of the pregnant woman (Bull. Hopkin's, 1926, 39).
- SMITH (P.-E.). — Ablation and transplantation of the hypophysis in the rat. (Anatomical Record, Philadelphie, 1926).
— The effect on the reproductive system of ablation and implantation of the anterior hypophysis (In ALLEN (E.) : Sex and internal secretions, Londres 1932).
- STORA. — Hormone folliculaire et psychoses (Thèse Paris, 1939).
- SURE (B.). — Journ. Biol. Chemist, T. LVIII, 1923, p. 681-683).
- TOULOUSE (E.). — Etiologie et formes cliniques des psychoses puerpérales (Gazette des hôpitaux, 30 Sept. 1893, N° 112).
— Délire infectieux de la période post-puerpérale (Tribune Médicale, 1893, p. 686).
- TOULOUSE (E.). et MARCHAND (L.). — Puerpéralité et épilepsie (Gazette des Hôpitaux, 1925, N° 102, p. 1661).
— Puerpéralité et épilepsie (Bruxelles Médical, 1927, p. 609).
- VACHER, COLLOMB (E.). — Psychoses endocriniennes (Sud Méd. et Chir., 68, N° 2181, 15 Juill. 1936).
- VENCOVSKY (E.). — Psychoses menstruelles (Casápis lek. ceskyh., 76, N° 8, 26 Février 1937, p. 237).
- VOGT et MOELLER. — Hospitalsticende, 1932, N° 75, p. 663.
- WELSCH. — Hormone gonadotrope (Gazette Médicale de Picardie, 161-431, Nov. 1937).
- WISLOCKI (G.-B.) and SNYDER (F.-F.). — On the experimental production of superfetation (Bull. Hopkin's, 49).

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	9
------------------------	---

CHAPITRE PREMIER

EVOLUTION DES CONCEPTIONS CONCERNANT LES PSYCHOSES PUERPÉRALES	II
---	----

CHAPITRE II

SIGNES CLINIQUES DES PSYCHOSES PUERPÉRALES	19
A. — <i>Les psychoses puerpérales infectieuses</i>	19
B. — <i>Les psychoses puerpérales vraies ou vitamino-</i> <i>hormonales</i>	22
1. <i>Formes ayant évolué vers la guérison</i>	23
2. <i>Formes chroniques</i>	45
C. — <i>Psychoses aggravées par la puerpéralité</i>	52
D. — <i>Malades en traitement</i>	57

CHAPITRE III

PRONOSTIC	65
---------------------	----

CHAPITRE IV

TRAITEMENT	67
CONCLUSIONS	74
BIBLIOGRAPHIE	75

